

14-day fever and symptom follow-up form, days 1-7

Name: _____ Age (yrs): _____ Sex: M F

Street address: _____ City, State: _____ Telephone number: _____

Case ID number (from contact listing form): _____ Contact number (from contact listing form): _____

Where did contact with the case occur: _____ Date of last contact with the case (mm/dd/yyyy): _____

Take your temperature twice a day, in the morning and in the evening, and write it down. Mark if you have any of the symptoms: circle 'Y' for Yes and 'N' for No. **Don't leave any spaces blank.** If you have a fever greater than 100.4 or any symptom, immediately call the Alaska Section of Epidemiology at 907-269-8000 or 800-478-0084.

DATES:

Day # (from last contact)	1		2		3		4		5		6		7	
AM or PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM
Temperature														
Felt feverish	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N
Chills	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N
Cough	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N
Difficulty breathing	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N
Shortness of breath	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N
Muscle pain	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N
Headache	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N
Sore throat	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N
Change in sense of smell	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N
Change in sense of taste	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N
Vomiting	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N
Diarrhea	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N

14-day fever and symptom follow-up form, days 8-14

Name: _____ Age (yrs): _____ Sex: M F

Street address: _____ City, State: _____ Telephone number: _____

Case ID number (from contact listing form): _____ Contact number (from contact listing form): _____

Where did contact with the case occur: _____ Date of last contact with the case (mm/dd/yyyy): _____

Take your temperature twice a day, in the morning and in the evening, and write it down. Mark if you have any of the symptoms: circle 'Y' for Yes and 'N' for No. **Don't leave any spaces blank.** If you have a fever greater than 100.4 or any symptom, immediately call the Alaska Section of Epidemiology at 907-269-8000 or 800-478-0084.

DATE:

[illegible]