

## 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

