

EBOLA VIRUS DISEASE EXPOSURE DAILY SYMPTOM MONITORING LOG

FORM E



Investigator name: _____ District: _____ Census Tract: _____
 Contact Name: _____ DOB: ___/___/___ Sex: M F Phone number: (____) _____
 Street address: _____ City, State: _____ Controlled movement: Yes No
 Contact CMR ID#: _____ CMR ID# of case (if applicable): _____ Risk Classification: High Some Low Home quarantine: Yes No
 Date of last exposure: ___/___/___ Date DPH follow-up started: ___/___/___ AND Day number: _____ Projected date completion (21 days): ___/___/___
 Date closed to follow-up: ___/___/___ Final outcome: _____

Instructions: Individuals under surveillance should monitor their temperature and symptoms twice a day. Public Health will interact with the Contact with a frequency and manner determined by their risk classification. See B-73 for details. **Be complete as possible. After assessing the Contact each day, send a copy of the log by email or fax (213-202-5999) to Acute Communicable Disease Control (ACDC) before 5 PM. If any symptoms develop or there are any issues related to follow-up, immediately call ACDC at 213-240-7941.**

Day number (after last exposure)	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		
Date	___/___/___		___/___/___		___/___/___		___/___/___		___/___/___		___/___/___		___/___/___		___/___/___		___/___/___		___/___/___		___/___/___		
	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	
Temperature (° F)																							
Weakness/ Fatigue	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	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	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	
Headache (Severe)	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	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	
Abdominal (stomach) 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	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	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	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	
Unexplained bleeding*	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	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	
Contact method (F=face-to-face, P=phone, U=UTL)																							
Compliant	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	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	
PHN Initials																							

*Unexplained bleeding means bleeding from your mouth or nose, bloody diarrhea, coughing up blood, or bruising under the skin.

Person name (last, first) _____

Date of Birth _____

Day number (after last exposure)	12		13		14		15		16		17		18		19		20		21	
Date	_/_/		_/_/		_/_/		_/_/		_/_/		_/_/		_/_/		_/_/		_/_/		_/_/	
	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM
Temperature (° F)																				
Weakness/ Fatigue	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	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	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N
Headache (Severe)	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	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N
Abdominal (stomach) 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	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	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	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N
Unexplained bleeding*	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	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N
Contact method (F=face-to-face, P=phone, U=UTL)																				
Compliant	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	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N
PHN Initials																				

*Unexplained bleeding means bleeding from your mouth or nose, bloody diarrhea, coughing up blood, or bruising under the skin.