

## COVID-19 Clinical Trial in LTC Homes

## Staff Daily Diary

Study Code: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Study Day 1 Date: 2020-\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_

LTC ID

Staff ID

MMM

DD

COMPLETE EVERY DAY – REPORT any of the following symptoms to the study 416-586-XXXX or COVID19.LTC@sinaihealth.ca	Day 1	Day 2	Day 3	Day 4	Day 5	Day 6	Day 7
Today’s Date (insert in each column)							
Fever/Chills	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
Runny Nose/Sneezing	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N
Nasal congestion/Stuffy Nose	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N
Sore throat/Hoarseness	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N
Myalgia (muscle aches)	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N
Arthralgia (painful joints)	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N
Malaise (feeling unusually tired or unwell)	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
Diarrhea/Vomitting	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N

## COVID-19 Clinical Trial in LTC Homes

## Staff Daily Diary

Study Code: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Study Day 1 Date: 2020-\_\_\_\_-\_\_\_\_

LTC ID	Staff ID
--------	----------

MMM

DD

Dizziness/Ringing in ears	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N
Loss of appetite/Nausea	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N
Skin rash/Itchiness	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N
Other symptoms that may be related to medication, name_____	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N
Inability to work or do regular activities	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N
Nasal swab collected	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N
Other specimen collected, specify_____	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N
Sought medical care/ Admitted to hospital	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N
Contacted study office/staff	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N
Worked on outbreak unit today, specify unit: _____	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N
Took study medication today	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N
<b>COMPLETE EVERY DAY – REPORT any of the following symptoms to the study 416-586-XXXX or COVID19.LTC@sinaihealth.ca</b>	<b>Day 8</b>	<b>Day 9</b>	<b>Day 10</b>	<b>Day 11</b>	<b>Day 12</b>	<b>Day 13</b>	<b>Day 14</b>

## COVID-19 Clinical Trial in LTC Homes

## Staff Daily Diary

Study Code: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Study Day 1 Date: 2020-\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_-

LTC ID

Staff ID

MMM

DD

Today's Date (insert in each column)							
Fever/Chills	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
Runny Nose/Sneezing	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N
Nasal congestion/Stuffy Nose	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N
Sore throat/Hoarseness	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N
Myalgia (muscle aches)	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N
Arthralgia (painful joints)	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N
Malaise (feeling unusually tired or unwell)	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
Diarrhea/Vomitting	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N
Dizziness/Ringing in ears	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N
Loss of appetite/Nausea	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N

