Form Approved
OMB No. XXX
Exp. Date XX/XX/XXXX

Post-shift Questionnaire

Unique ID: _____ **Date (MM/DD/YYYY):** _____ **Time (24 hr):** _____

Facility Name: _____

Symptom	**Did you have this symptom *during your shift*?**	**Did you have this symptom *when you arrived at work today*?**	**Did this symptom *worsen during your shift*?**	**Approximately *how many hours into your shift* did this symptom first start (or worsen if you had this symptom when you arrived at work today)?**	**What *task(s) were you doing* when the symptom first started (or worsened if you had this symptom when you arrived at work today)?**
Breathing trouble	¡No ¡Yesà	¡No ¡Yes	¡No ¡Yes	¡less than 1 ¡1-3 ¡4+	
Shortness of breath	¡No ¡Yesà	¡No ¡Yes	¡No ¡Yes	¡less than 1 ¡1-3 ¡4+	
Cough	¡No ¡Yesà	¡No ¡Yes	¡No ¡Yes	¡less than 1 ¡1-3 ¡4+	
Wheezing or whistling in the chest	¡No ¡Yesà	¡No ¡Yes	¡No ¡Yes	¡less than 1 ¡1-3 ¡4+	
Chest tightness	¡No ¡Yesà	¡No ¡Yes	¡No ¡Yes	¡less than 1 ¡1-3 ¡4+	
Stuffy, itchy, or runny nose	¡No ¡Yesà	¡No ¡Yes	¡No ¡Yes	¡less than 1 ¡1-3 ¡4+	
Stinging or burning nose	¡No ¡Yesà	¡No ¡Yes	¡No ¡Yes	¡less than 1 ¡1-3 ¡4+	
Sneezing	¡No ¡Yesà	¡No ¡Yes	¡No ¡Yes	¡less than 1 ¡1-3 ¡4+	
Throat irritation (dry, sore, burning throat) or hoarseness	¡No ¡Yesà	¡No ¡Yes	¡No ¡Yes	¡less than 1 ¡1-3 ¡4+	
Watery or itchy eyes	¡No ¡Yesà	¡No ¡Yes	¡No ¡Yes	¡less than 1 ¡1-3 ¡4+	
Stinging or burning eyes	¡No ¡Yesà	¡No ¡Yes	¡No ¡Yes	¡less than 1 ¡1-3 ¡4+	
Headache	¡No ¡Yesà	¡No ¡Yes	¡No ¡Yes	¡less than 1 ¡1-3 ¡4+	
Any other *respiratory* symptoms? (specify) _____	¡No ¡Yesà	¡No ¡Yes	¡No ¡Yes	¡less than 1 ¡1-3 ¡4+	
Any other symptoms? (specify) _____	¡No ¡Yesà	¡No ¡Yes	¡No ¡Yes	¡less than 1 ¡1-3 ¡4+	

Did you use cleaning, disinfecting, or sterilizing products today? ¡No ¡Yesà Specify: _____

At any time today, did you work within 5 feet of the source of surgical smoke? ¡No ¡Yes

What animal(s) were you around today?
(Select all that apply)

o Dogs o Cats o Rabbits o Ferrets o Small rodents o Other pocket pets o Horses o Cattle o Sheep
o Goats o Pigs o Camelids (llamas, alpacas) o Birds/Poultry o Reptiles o Amphibians o Wildlife

Public reporting burden of this collection of information is estimated to average 8 minutes per response, including the time for reviewing instructions, searching existing data sources, gathering and maintaining the data needed, and completing and reviewing the collection of information. An agency may not conduct or sponsor, and a person is not required to respond to a collection of information unless it displays a currently valid OMB control number. Send comments regarding this burden estimate or any other aspect of this collection of information, including suggestions for reducing this burden to - CDC/ATSDR Reports Clearance Officer; 1600 Clifton Road NE, MS H21-8, Atlanta, Georgia 30333 ATTN: PRA (0920-XXXX).