



# ÉVALUATION INITIALE, SIGNALEMENT ET DEMANDE DE TEST DE LABORATOIRE POUR UNE PERSONNE SUSPECTÉE DE COVID-19

## COORDONNÉES DU PATIENT

Village: \_\_\_\_\_ Code postal: \_\_\_\_\_

No de Maison: \_\_\_\_\_ Téléphone: \_\_\_\_\_

Courriel: \_\_\_\_\_

Identifiant Facebook: \_\_\_\_\_

Numéro dossier :

Nom :

Prénom :

DDN :

NAM :

Sexe :  F  M

EMBOSSER ICI LA CARTE DU CSI OU CSTU, SI NON DISPONIBLE, INSCRIRE LES NOM, PRÉNOM, DATE DE NAISSANCE, NUMÉRO DOSSIER ET SEXE

## IDENTIFICATION DU PRESCRIPTEUR - Informations pour le CUSM - À compléter si test indiqué

Nom, prénom : Morin, Véronique

N° de permis & fonction : 09-292, Médecin

RSS : 17-Nunavik

Adresse du retour du résultat :

DSP Nunavik ET le centre de santé indiqué ci-dessous :

Inuulitsivik (CSI)  Tulattavik de l'Ungava (CSTU)

## SYMPTÔMES - Le patient présente actuellement le OU les symptômes suivant(s) (cochez ce qui s'applique)

Date de début des symptômes : aaaa / mm / jj

Évaluation clinique complétée :  NON  OUI

	Fièvre	Toux	Essoufflement	Difficultés à respirer	Anosmie ± agueusie	Rhinorrhée ou congestion nasale	Mal de gorge	Douleurs abdominales	Nausées et/ou vomissements	Diarrhées	Perte d'appétit importante	Douleurs musculaires généralisées	Céphalée	Fatigue intense	Perniose
NON	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OUI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si autres symptômes, précisez : \_\_\_\_\_

## MILIEUX À RISQUE D'ÉCLOSION - Cocher si le patient travaille ou est hébergé dans l'un de ces milieux

### Milieu d'hébergement

- CHSLD
- RPA (Sailivik, Elders'home, M-19)
- RI-RTF
- Heb. Commun
- Prison
- Autre
- Non indiqué

### Travailleurs de la santé

- CH
- CHSLD
- RPA
- RI/RTF/CR/CLSC/Clin./Cab.
- Laboratoire
- Autre
- Non indiqué

### Milieu de travail/école/service de garde

- École
- Milieu de garde
- Prison
- Autre
- Non indiqué

Le patient a-t-il voyagé hors Québec ?  NON  OUI

## PRÉLÈVEMENT - À l'usage de l'infirmière, cocher tout ce qui s'applique

Non retenu pour le test

Contre-indication au prélèvement

Retenu pour le test (répond aux critères de l'Algorithme décisionnel clinique) :

Nom du médecin de garde de santé publique si consulté : \_\_\_\_\_

Type de test :  Test régulier  
 Test en STAT selon critères de priorisation page 3  
 Test de confirmation (laboratoire)

Date et heure de prélèvement :  
aaaa / mm / jj à hh : mm

Prélevé à Montréal

Type d'échantillon :  Oropharyngé et naso-pharyngé  
 Oropharyngé et nasal (si naso-pharyngé impossible)  
 Autre : \_\_\_\_\_

La personne accepte de recevoir son résultat de test par courriel :  NON  OUI



Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

DDN : \_\_\_\_\_

Numéro de dossier : \_\_\_\_\_

**ISOLEMENT** Isolement à domicile : conditions discutées et informations remises Isolement à domicile impossible : appel MD COVID pour organiser logement alternatif Hospitalisation**INDICATION DU TEST - Cocher toutes les cases/colonnes menant à la détermination d'une indication M** Validation de guérison M19 Greffé/donneur M4 Symptômes Milieu de soins aigus<sup>2</sup> M1 Admission en soins aigus<sup>2</sup> M8 Patient (dans un hôpital) Sans symptôme Chimiothérapie / radiologie M10 Pré-intubation M11 Pré-bronchoscopie M12 Greffé/donneur M4 Usager (CHSLD, RPA, RI-RTF) Symptômes Milieu d'hébergement en CHSLD / RPA M2 Symptômes Voyage à l'extérieur de la région dans les 14 jours avant le début des symptômes

Date du dernier jour de voyage : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

 M7

Précisez lieu : \_\_\_\_\_

 Pas de facteur d'exposition (vigie) Population/ communauté Sans symptôme Programme de gestion des entrées Travailleur santé Patient Ullivik Milieu à risque Policier Employé d'Air Inuit Travailleur de la construction Autre (autorisé par SP) M18 Symptômes

Lieu : \_\_\_\_\_

 M3 Travailleur santé Sans symptôme Dépistage systématique (excluant gestion des entrées) M17 Transfert de zone M20 Clientèles vulnérables Sans symptôme Admission en hébergement (CHSLD, RPA, RI-RTF, etc...) M9 Intégration milieu de vie (refuge, prison, centre jeunesse etc.) M16 Sans symptôme Scolaire M15 Milieu de garde Éclosion / étude de prévalence<sup>3</sup> Soins/ hébergement (avec ou sans symptôme) Milieu de travail (autres que travailleurs de la santé) M14 Personnel M5 Usager M6 Contact étroit avec recommandation de la santé publique<sup>4</sup> M13 Autre indication prescrite par la santé publique M21 Autre indication non spécifique ou non documentée M22

Notes infirmières : \_\_\_\_\_

Nom et signature de l'infirmière qui a complété évaluation/prélèvement \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

<sup>2</sup> Soins aigus incluent chirurgie (dont chirurgie d'un jour), médecine, gériatrie, pédiatrie, psychiatrie, obstétrique, pré-opératoire, etc.<sup>3</sup> Une éclosion doit être déclarée par la DRSP avant que le clinicien ne puisse cocher l'indication « Éclosion/étude de prévalence ».<sup>4</sup> L'évaluation du niveau de risque d'un contact est réalisée par la DRSP avant de cocher « contact étroit ».**COPIE À ENVOYER PAR LE LABORATOIRE À LA SANTÉ PUBLIQUE à [surveillance.vigie.nrbhss@ssss.gouv.qc.ca](mailto:surveillance.vigie.nrbhss@ssss.gouv.qc.ca)**



**Critères de priorisation pour un test en STAT  
V.2020-06-02**

Sauf exception, tous les tests pour le dépistage de la COVID-19 prélevés au Nunavik sont désormais analysés dans la région. Un test en STAT peut être demandé selon les critères suivants :

- 1) Patient symptomatique hospitalisé ou en attente de MedEvac chez qui on a besoin d'établir ou d'infirmier le diagnostic de COVID-19.
- 2) Résident symptomatique ou travailleur symptomatique d'un Elders' home ou de tout autre lieu d'hébergement chez qui on a besoin d'établir ou d'infirmier le diagnostic de COVID-19.
- 3) Situation particulière autorisée par le médecin de garde de santé publique.

Pour toute personne avec symptômes de COVID-19 et pour toute demande de test en STAT, les prélèvements doivent être analysés en tout temps (jour, soir, nuit, incluant les fins de semaines).

Les tests requis pour lever l'isolement d'un cas confirmé ne sont PAS éligibles au test en STAT.

Dans le cas où le résultat du test est négatif, et que les PSI sont des contacts ou des voyageurs, ces derniers doivent tout de même compléter l'isolement en cours (la santé publique fera le suivi des recommandations pour chaque personne).

Si une probabilité clinique élevée persiste après un résultat négatif (peu importe le test fait : régulier ou STAT), il est important de considérer la possibilité d'un faux négatif et de répéter le test le cas échéant (nous n'avons pas la sensibilité des tests pour la COVID, mais la sensibilité pour des tests de nature similaire est de 95 à 99%).

**ANNEXES**

**Correspondance entre les indications de l'algorithme décisionnel clinique et du formulaire labo**

Indications <i>Algorithme décisionnel clinique</i> (DRSP-COVID_ALGO-DECISIONNEL-CLIN)		Indications <i>Formulaire labo</i>
Avec symptômes de COVID-19	Voyage à l'extérieur de la région dans les 14 jours <i>avant</i> le début des symptômes	M7
	Professionnel de la santé en contact direct avec les patients dont le retrait causerait un bris de service	M3
	Usager ou personnel dans un milieu d'hébergement	M2 pour usager M3 pour personnel
	Sans critère d'exposition (excluant les options ci-dessus)	M7
Avec ou sans symptômes de COVID-19	Contact étroit avec cas de COVID-19	M13
	Hospitalisation	M1 avec symptômes M8 sans symptômes
	Situation particulière autorisée par le médecin de garde de SP	M21
Sans symptômes de COVID-19	Programme de gestion des entrées au Nunavik	M18
	Dépistage de milieux spécifiques sur consignes du MSSS ou de la DRSP	M17 pour travailleurs M8 pour patient hospitalisés M21

**Codes postaux du Nunavik**

Kangiġsualujuaq	J0M 1N0	Salluit	J0M 1S0
Kuujuuaq	J0M 1C0	Ivujivik	J0M 1H0
Tasiujaq	J0M 1T0	Akulivik	J0M 1V0
Aupaluk	J0M 1X0	Puvirnituq	J0M 1P0
Kangirsuk	J0M 1A0	Inukjuaq	J0M 1M0
Quaqtaq	J0M 1J0	Umiujaq	J0M 1Y0
Kangiġsujuaq	J0M 1K0	Kuujuaraapik	J0M 1G0

**Coordonnées de la santé publique**

MD COVID	1 (514) 700-3553
MD de Garde	1 (855) 964-2244