



ÉVALUATION INITIALE, SIGNALEMENT ET DEMANDE DE TEST DE LABORATOIRE POUR UNE PERSONNE SUSPECTÉE DE COVID-19 DANS LES COMMUNAUTÉS DU NUNAVIK

----- Formulaire à compléter en majuscule svp -----

COORDONNÉES DU PATIENT

Village: _____ Code postal: _____ No maison: _____
 La personne souhaite recevoir son résultat de test par :
 Tél: _____ Courriel: _____

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 Adresse du retour du résultat : _____
 N° de permis & fonction : 09-292, Médecin DSP Nunavik ET le centre de santé indiqué ci-dessous :
 RSS : 17-Nunavik 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 Si autres symptômes, précisez : _____

	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"/>					
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"/>					

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

Milieu d'hébergement CHSLD CH Hébergement communautaire RPA (Sailivik, Elders'home, M-19) RI/RTF/CR Prison Autre : _____

Milieu de travail CHSLD Prison CH École Héb. comm. Laboratoire Milieu de garde RPA CLSC Autre : _____

Dépistage en contexte d'écllosion NON OUI

DANS LES DERNIERS 14 JOURS

Contact avec un voyageur de retour au Nunavik depuis moins de 14 jours? NON OUI
 Contact avec un cas confirmé par la santé publique ? NON OUI Voyage hors-Québec? NON OUI

ANTÉCÉDENTS COVID19

Vaccination COVID19 Aucune Dernière dose > 14 jours Dernière dose ≤ 14 jours
 Dose #1 reçue le : aaaa / mm / jj Dose #2 reçue le : aaaa / mm / jj

Suspicion de réinfection - A déjà eu un test positif pour la COVID19 il y a plus de 90 jours le : aaaa / mm / jj
 A déjà eu un test positif pour la COVID19 dans les derniers 90 jours le : aaaa / mm / jj

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

Répond aux indications de dépistage (se référer à « Indications de dépistage et algorithme décisionnel clinique »)
 Prélevé à Montréal Prélevé post mortem
 Nom du médecin de garde de santé publique si consulté : _____

Type de test	Type de prélèvement	Date et heure prélèvement	Détails
<input type="checkbox"/> ID NOW	<input type="checkbox"/> Gorge et nez (5 points)	Date : <u>aaaa / mm / jj</u> Heure : <u>hh : mm</u>	Compléter la section « Test ID NOW » en page 3
<input type="checkbox"/> PCR <input type="checkbox"/> STANDARD <input type="checkbox"/> MULTIPLEX ¹	<input type="checkbox"/> Naso-pharyngé	Date : <u>aaaa / mm / jj</u> Heure : <u>hh : mm</u>	<input type="checkbox"/> En STAT
	<input type="checkbox"/> Gargarisme <input type="checkbox"/> Autre : _____		<input type="checkbox"/> Test de confirmation (réservé au laboratoire)

¹ Le test Multiplex doit absolument être fait en nasopharyngé. Voir « Indications de dépistage et algorithme décisionnel ».



Nom : _____

Prénom : _____

DDN : _____

Numéro de dossier : _____

INDICATION DU DÉPISTAGE - Cocher toutes les cases/colonnes menant à une indication M

Patient dans un hôpital (incluant les escortes familiales)	Symptômes	<input type="checkbox"/> Milieu de soins aigus ²	<input type="checkbox"/> M1
	Sans symptôme	<input type="checkbox"/> Admission en soins aigus ² <input type="checkbox"/> Chimiothérapie / radiologie <input type="checkbox"/> Pré-intubation <input type="checkbox"/> Pré-bronchoscopie <input type="checkbox"/> Greffé/donneur	<input type="checkbox"/> M8 <input type="checkbox"/> M10 <input type="checkbox"/> M11 <input type="checkbox"/> M12 <input type="checkbox"/> M4
Usager (CHSLD, RPA, RI-RTF)	Symptômes	<input type="checkbox"/> Milieu d'hébergement en CHSLD / RPA	<input type="checkbox"/> M2
Population/ communauté	Symptômes	Voyage à l'extérieur de la région dans les 14 jours avant le début des symptômes : <input type="checkbox"/> N'a pas voyagé (vigie) <input type="checkbox"/> A voyagé - Date de retour au Nord : <u>aaaa</u> / <u>mm</u> / <u>jj</u>	<input type="checkbox"/> M7
	Sans symptôme	<input type="checkbox"/> Programme de gestion des entrées (incluant dépistage des travailleurs critiques durant leur quarantaine) Date de retour au Nord : <u>aaaa</u> / <u>mm</u> / <u>jj</u>	<input type="checkbox"/> Patient Ullivik <input type="checkbox"/> Milieu à risque <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> M18
Travailleur santé	Symptômes	<input type="checkbox"/> En contact avec la clientèle <input type="checkbox"/> Sans contact avec la clientèle	<input type="checkbox"/> M3
	Sans symptôme	<input type="checkbox"/> Dépistage systématique (excluant gestion des entrées) <input type="checkbox"/> Transfert de zone	<input type="checkbox"/> M17 <input type="checkbox"/> M20
Clientèles vulnérables	Sans symptôme	<input type="checkbox"/> Admission en hébergement (CHSLD, RPA, RI-RTF, etc...) <input type="checkbox"/> Intégration milieu de vie (refuge, prison, centre jeunesse etc.)	<input type="checkbox"/> M9 <input type="checkbox"/> M16
	Sans symptôme	<input type="checkbox"/> Scolaire <input type="checkbox"/> Milieu de garde <input type="checkbox"/> Milieu de travail (autres que travailleurs de la santé)	<input type="checkbox"/> M15 <input type="checkbox"/> M14
Éclosion / étude de prévalence ³	Soins/ hébergement (avec ou sans symptôme)	<input type="checkbox"/> Personnel <input type="checkbox"/> Usager	<input type="checkbox"/> M5 <input type="checkbox"/> M6
	Contact étroit avec recommandation de la santé publique ⁴		<input type="checkbox"/> M13
Validation de guérison			<input type="checkbox"/> M19
Autre indication prescrite par la santé publique			<input type="checkbox"/> M21
Autre indication non spécifique ou non documentée			<input type="checkbox"/> M22
Travailleur de la santé se présentant pour confirmer un résultat positif à un test de détection des antigènes rapides ou à tout autre test autoadministré			<input type="checkbox"/> M23
Autre qu'un travailleur de la santé, se présentant pour confirmer un résultat positif à un test de détection des antigènes rapides ou à tout autre test autoadministré			<input type="checkbox"/> M24

Informations complémentaires à l'intention de la santé publique (*ne remplace pas la note infirmière au dossier du patient*) :

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

Date

² Soins aigus incluent chirurgie (dont chirurgie d'un jour), médecine, gériatrie, pédiatrie, psychiatrie, obstétrique, pré-opératoire, etc.

³ Une éclosion doit être déclarée par la DRSP avant que le clinicien ne puisse cocher l'indication « Éclosion/étude de prévalence ».

⁴ L'évaluation du niveau de risque d'un contact est faite par la DRSP. Avant de cocher cette indication, valider l'information avec DRSP.

COPIE À ENVOYER À LA SANTÉ PUBLIQUE à surveillance.vigie.nrbhss@ssss.gouv.qc.ca

NE PAS DÉTRUIRE L'ORIGINAL - ARCHIVER SELON PROCÉDURE INTERNE



Nom : _____

Prénom : _____

DDN : _____

Numéro de dossier : _____

TEST ID NOW

RÉSULTAT INITIAL		REPRISE (AU BESOIN)	
Réactif de base	Date d'expiration : ____/____/____	Réactif de base	Date d'expiration : ____/____/____
Réactif cartouche	# lot du : _____ Date d'expiration: ____/____/____	Réactif cartouche	# lot du : _____ Date d'expiration: ____/____/____
(coller l'étiquette ci-dessous)		(coller l'étiquette ci-dessous)	

 Résultat envoyé à la DRSP surveillance.vigie.nrbhss@ssss.gouv.qc.ca le ____/____/____ à ____:____:____

Lieu du test	CSI	CSTU
	<input type="checkbox"/> Kuujjuaraapik <input type="checkbox"/> Umiujaq <input type="checkbox"/> Inukjuak <input type="checkbox"/> Puvirnituk <input type="checkbox"/> Clinique des voyageurs	<input type="checkbox"/> Akulivik <input type="checkbox"/> Ivujivik <input type="checkbox"/> Salluit

CONDUITE SELON RÉSULTAT ID NOW

Résultat	Catégorie de patient	Conduite
<input type="checkbox"/> Invalide		<input type="checkbox"/> Répéter test
<input type="checkbox"/> Négatif	<input type="checkbox"/> Usager en milieu d'hébergement (M2, M9, M16) <input type="checkbox"/> Admission dans un hôpital, incluant les escortes familiales (M1, M4, M8, M10, M11, M12)	<input type="checkbox"/> Poursuivre l'isolement jusqu'au résultat du test PCR et suivi par le médecin traitant <input type="checkbox"/> Remettre et expliquer le document : « <i>Consignes à suivre lors de la réception d'un résultat négatif pour la COVID-19 au Nunavik</i> » (disponible dans les 3 langues)
	<input type="checkbox"/> Autre	
<input type="checkbox"/> Positif		<input type="checkbox"/> Poursuivre l'isolement et aviser médecin de garde en santé publique (voir <i>Annexe</i>) et médecin traitant

Nom et signature de l'infirmière ayant procédé à l'analyse ID NOW _____

Date _____

ANNEXE

Coordonnées de la santé publique	Médecin de garde	1 855 964-2244 ou 1 819 299-2990
----------------------------------	------------------	----------------------------------

COPIE À ENVOYER À LA SANTÉ PUBLIQUE à surveillance.vigie.nrbhss@ssss.gouv.qc.ca
NE PAS DÉTRUIRE L'ORIGINAL - ARCHIVER SELON PROCÉDURE INTERNE