



# 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  
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  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"/>	<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"/>

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

<b>Milieu d'hébergement</b>	<input type="checkbox"/> CHSLD	<b>Milieu de travail</b>	<input type="checkbox"/> CHSLD	<input type="checkbox"/> Prison
<input type="checkbox"/> CH	<input type="checkbox"/> RI/RTF/CR	<input type="checkbox"/> CH	<input type="checkbox"/> RI/RTF/CR	<input type="checkbox"/> École
<input type="checkbox"/> Hébergement communautaire	<input type="checkbox"/> Prison	<input type="checkbox"/> Héb. comm.	<input type="checkbox"/> Laboratoire	<input type="checkbox"/> Milieu de garde
<input type="checkbox"/> RPA (Sailivik, Elders'home, M-19)	<input type="checkbox"/> Autre : _____	<input type="checkbox"/> RPA	<input type="checkbox"/> CLSC	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> Aucune	<input type="checkbox"/> Dernière dose > 14 jours	<input type="checkbox"/> Dernière dose ≤ 14 jours
	Dose #1 reçue le : <u>aaaa / mm / jj</u> Dose #2 reçue le : <u>aaaa / mm / jj</u>		
<input type="checkbox"/> Suspicion de réinfection - A déjà eu un test positif pour la COVID19 il y a plus de 90 jours le : <u>aaaa / mm / jj</u>			
<input type="checkbox"/> A déjà eu un test positif pour la COVID19 dans les derniers 90 jours le : <u>aaaa / mm / jj</u>			

## 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</u> : <u>mm</u>	Compléter la section « Test ID NOW » en page 3
<input type="checkbox"/> PCR	<input type="checkbox"/> Naso-pharyngé <input type="checkbox"/> Gargarisme <input type="checkbox"/> Autre : _____	Date : <u>aaaa / mm / jj</u> Heure : <u>hh</u> : <u>mm</u>	<input type="checkbox"/> En STAT
			<input type="checkbox"/> Test de confirmation (réservé au laboratoire)

<sup>1</sup> 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 <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> M1
	Sans symptôme	<input type="checkbox"/> Admission en soins aigus <sup>2</sup> <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 <sup>3</sup>	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 <sup>4</sup>		<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

<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 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](mailto: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](mailto:surveillance.vigie.nrbhss@ssss.gouv.qc.ca) le \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ à \_\_\_\_h \_\_\_\_m

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](mailto:surveillance.vigie.nrbhss@ssss.gouv.qc.ca)**
**NE PAS DÉTRUIRE L'ORIGINAL - ARCHIVER SELON PROCÉDURE INTERNE**