



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 ± aguesie	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 aigus² M1 Patient (dans un hôpital) Admission en soins aigus² M8 Symptômes Chimiothérapie / radiologie M10 Sans symptôme 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 M7Date du dernier jour de voyage : _____ (aaaa/mm/jj)
Précisez lieu : _____ Pas de facteur d'exposition (vigie) Population/communauté Programme de gestion des entrées Travailleur santé M18 Sans symptôme Patient Ullivik Milieu à risque Policier Employé d'Air Inuit Travailleur de la construction Autre (autorisé par SP) 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 Scolaire M15 Sans symptôme Milieu de garde M14 Écllosion / étude de prévalence³ Milieu de travail (autres que travailleurs de la santé) M5 Soins/ hébergement (avec ou sans symptôme) Personnel M6 Usager M6 Contact étroit avec recommandation de la santé publique⁴ 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

² Soins aigus incluent chirurgie (dont chirurgie d'un jour), médecine, gériatrie, pédiatrie, psychiatrie, obstétrique, pré-opératoire, etc.³ Une écllosion doit être déclarée par la DRSP avant que le clinicien ne puisse cocher l'indication « Écllosion/étude de prévalence ».⁴ 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**



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
Kuujjuaq	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	Kuujjuaraapik	J0M 1G0

Coordonnées de la santé publique

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