

Nom : _____ Prénom : _____ No. dossier : _____

ÉVALUATION INITIALE DES SYMPTÔMES

Évaluation initiale le : (aaaa/mm/jj) ____/____/____	Début des symptômes le : (aaaa/mm/jj) ____/____/____	Prélèvement pour la COVID-19 le : (aaaa/mm/jj) ____/____/____
---	---	--

	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 OUI à l'un des symptômes ou autre(s) symptôme(s), décrivez ici :	
---	--

ÉVALUATION DES SYMPTÔMES LORS DE L'ANNONCE DU RÉSULTAT

Patient informé de son résultat le : (aaaa/mm/jj) ____/____/____
--

	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 OUI à l'un des symptômes ou autre(s) symptôme(s), décrivez ici :	
---	--

Nom : _____ Prénom : _____ No. dossier : _____

SUIVI DU RÉSULTAT – Section à l’usage de l’équipe de santé publique

Résultat du test initial	Statut du patient au moment du test		Conduite à tenir ¹	Détails de la conduite indiquée au patient (cocher et compléter tout ce qui s’applique)
<input type="checkbox"/> Négatif	<input type="checkbox"/> SANS critère d’exposition	<input type="checkbox"/> AVEC symptômes	<input type="checkbox"/> Algorithme #1	<input type="checkbox"/> Pas d’autre prélèvement <input type="checkbox"/> Date du prélèvement #2 (si applicable) : (aaaa/mm/jj) ____/____/____ Résultat : <input type="checkbox"/> négatif <input type="checkbox"/> positif <input type="checkbox"/> Date du prélèvement #3 (si applicable) : (aaaa/mm/jj) ____/____/____ Résultat : <input type="checkbox"/> négatif <input type="checkbox"/> positif <input type="checkbox"/> Date du prélèvement #4 (si applicable) : (aaaa/mm/jj) ____/____/____ Résultat : <input type="checkbox"/> négatif <input type="checkbox"/> positif <input type="checkbox"/> Continuer l’isolement et la surveillance active ² des symptômes q 1-2 jours jusqu’à (décrire) : _____ <input type="checkbox"/> Fin d’isolement le (si connu) : (aaaa/mm/jj) ____/____/____ <i>Pour toute information additionnelle, compléter dans Notes évolutives.</i>
		<input type="checkbox"/> AVEC symptômes chez un voyageur	<input type="checkbox"/> Algorithme #2	
	<input type="checkbox"/> AVEC critère d’exposition	<input type="checkbox"/> AVEC symptômes chez un contact	<input type="checkbox"/> Algorithme #3	
		<input type="checkbox"/> SANS symptôme chez un contact étroit	<input type="checkbox"/> Algorithme #4	
		<input type="checkbox"/> SANS symptôme chez un contact à risque d’exposition faible	<input type="checkbox"/> Algorithme #6	
		<input type="checkbox"/> Algorithme #7		

À NOTER : si le résultat d’un des tests revient positif, le patient devient un **cas confirmé**.

Continuer le suivi à l’aide de l’outil « [Grille de surveillance d’un cas de COVID-19](#) » (DRSP-COVID_SURV-SX-CAS).

LORS DE LA LEVÉE D’ISOLEMENT

Recommandations données au patient par l’équipe d’enquête	
<input type="checkbox"/> Distanciation sociale	Garder une distance de 2 mètres avec les autres personnes dans les lieux publics
<input type="checkbox"/> Mesures d’hygiène individuelle	Laver ses mains fréquemment avec de l’eau et du savon (20 secondes) ou du gel hydro-alcoolique. Éviter de se toucher le visage. Éternuer ou tousser dans son coude, ou se couvrir le visage à l’aide d’un mouchoir en tissu, et le jeter ensuite.
<input type="checkbox"/> Rappel sur :	La ligne SANTÉ COVID-19 : 1-888-662-7482 Les horaires d’ouverture de la ligne sont indiqués lors du message d’accueil. Une infirmière répond (dans les 3 langues) aux questions re l’état de santé ou si apparition de symptômes.
<input type="checkbox"/> Pensez TB !	Une toux inhabituelle > 3 semaines peut être un symptôme de tuberculose. Si toux inhabituelle persistante > 3 semaines, recommander de consulter rapidement.

Signature de l’intervenant effectuant le suivi du résultat : _____ Date : (aaaa/mm/jj) _____

¹ Se référer aux « [Algorithmes de gestion des résultats négatifs](#) »

² Surveillance active signifie surveillance par l’équipe d’enquête.
(DRSP-COVID_SURV-SX-PSI, V2020-09-25)

Nom : _____ Prénom : _____ No. dossier : _____

NOTES ÉVOLUTIVES

Date	Notes	Signature
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

EN FIN DE SUIVI, COPIE À ENVOYER par courriel à

surveillance.vigie.nrbhss@ssss.gouv.qc.ca