



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: _____

Accepte de recevoir son résultat de test par 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

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

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

Dépistage en contexte d'écllosion NON OUI

DANS LES DERNIERS 14 JOURS

Contact avec un voyageur en quarantaine? 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

Ne répond pas aux indications de dépistage

Répond aux indications de dépistage (se référer à « Indications de dépistage et algorithme décisionnel clinique »)

Date et heure de prélèvement : aaaa / mm / jj à hh : mm Prélevé à Montréal Prélevé post mortem

Type de test	<input type="checkbox"/> Test standard	<input type="checkbox"/> Test ID NOW ¹
	<input type="checkbox"/> Test régulier <input type="checkbox"/> Test en STAT	Résultat : <input type="checkbox"/> Négatif ² <input type="checkbox"/> Invalide <input type="checkbox"/> Positif
Type d'échantillon	<input type="checkbox"/> Naso-pharyngé <input type="checkbox"/> Gargarisme <input type="checkbox"/> Gorge et nasal (si naso-pharyngé impossible) <input type="checkbox"/> Autre : _____	<input type="checkbox"/> Gorge (= le fond de la gorge et les 2 amygdales) et 2 narines

Test non prélevé. Raison : Refus du patient No show Contre-indication Autre : _____

¹ Un test ID NOW se fait toujours en ajout au test standard. Compléter également la section « Test ID NOW » en page 3.

² Un résultat ID NOW négatif ne permet pas, à lui seul, de lever un isolement.



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

Validation de guérison		<input type="checkbox"/> M19
Greffé/donneur		<input type="checkbox"/> M4
Patient dans un hôpital (incluant les escortes familiales)	Symptômes	<input type="checkbox"/> Milieu de soins aigus ³ <input type="checkbox"/> Admission en soins aigus ³ <input type="checkbox"/> Chimiothérapie / radiologie <input type="checkbox"/> Pré-intubation <input type="checkbox"/> Pré-bronchoscopie <input type="checkbox"/> Greffé/donneur
	Sans symptôme	<input type="checkbox"/> M1 <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
	Symptômes	Voyage à l'extérieur de la région dans les 14 jours avant le début des symptômes : <input type="checkbox"/> Non (vigie) <input type="checkbox"/> Oui - Date de retour au Nord : ____ / ____ / ____
Population/ communauté	Sans symptôme	<input type="checkbox"/> M7 <input type="checkbox"/> Travailleuse santé <input type="checkbox"/> Programme de gestion des entrées Date de retour au Nord : ____ / ____ / ____ <input type="checkbox"/> Patient Ullivik <input type="checkbox"/> Milieu à risque <input type="checkbox"/> Policier <input type="checkbox"/> Employé d'Air Inuit <input type="checkbox"/> Travailleur de la construction <input type="checkbox"/> Autre (autorisé par SP) <input type="checkbox"/> M18
	Symptômes	Lieu : _____ <input type="checkbox"/> M3
Travailleuse santé	Sans symptôme	<input type="checkbox"/> Dépistage systématique (excluant gestion des entrées) <input type="checkbox"/> M17 <input type="checkbox"/> Transfert de zone <input type="checkbox"/> M20
Clientèles vulnérables	Sans symptôme	<input type="checkbox"/> Admission en hébergement (CHSLD, RPA, RI-RTF, etc...) <input type="checkbox"/> M9 <input type="checkbox"/> Intégration milieu de vie (refuge, prison, centre jeunesse etc.) <input type="checkbox"/> M16
	Sans symptôme	<input type="checkbox"/> Scolaire <input type="checkbox"/> M15 <input type="checkbox"/> Milieu de garde <input type="checkbox"/> M14 <input type="checkbox"/> Milieu de travail (autres que travailleurs de la santé)
Écllosion / étude de prévalence ⁴	Soins/ hébergement (avec ou sans symptôme)	<input type="checkbox"/> Personnel <input type="checkbox"/> M5 <input type="checkbox"/> Usager <input type="checkbox"/> M6
	Contact étroit avec recommandation de la santé publique ⁵	<input type="checkbox"/> M13
Autre indication prescrite par la santé publique		<input type="checkbox"/> M21
Autre indication non spécifique ou non documentée		<input type="checkbox"/> M22

Notes infirmières : _____

Nom du médecin de garde de santé publique si consulté : _____

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

Date _____

³ Soins aigus incluent chirurgie (dont chirurgie d'un jour), médecine, gériatrie, pédiatrie, psychiatrie, obstétrique, pré-opératoire, etc.⁴ Une écllosion doit être déclarée par la DRSP avant que le clinicien ne puisse cocher l'indication « Écllosion/étude de prévalence ».⁵ 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

(DRSP-COVID_FORMULAIRE-TEST-LABO, V2021-03-16)

2 de 3
Dossier CLSC



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)	

Lieu du test	CSI		CSTU	
	<input type="checkbox"/> Kuujjuaraapik <input type="checkbox"/> Umiujaq <input type="checkbox"/> Inukjuak <input type="checkbox"/> Puvirnituaq <input type="checkbox"/> Clinique des voyageurs	<input type="checkbox"/> Akulivik <input type="checkbox"/> Ivujivik <input type="checkbox"/> Salluit	<input type="checkbox"/> Kangiqsujuaq <input type="checkbox"/> Quaqtuaq <input type="checkbox"/> Kangirsuk <input type="checkbox"/> Aupaluk	<input type="checkbox"/> Tasiujaq <input type="checkbox"/> Kuujjuaq <input type="checkbox"/> Kangiqsualujjuaq

Nom du professionnel ayant procédé à l'analyse ID NOW : _____

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

ANNEXES

Codes postaux du Nunavik			
Kangiqsualujjuaq	J0M 1N0	Salluit	J0M 1S0
Kuujjuaq	J0M 1C0	Ivujivik	J0M 1H0
Tasiujaq	J0M 1T0	Akulivik	J0M 1V0
Aupaluk	J0M 1X0	Puvirnituaq	J0M 1P0
Kangirsuk	J0M 1A0	Inukjuak	J0M 1M0
Quaqtuaq	J0M 1J0	Umiujaq	J0M 1Y0
Kangiqsujuaq	J0M 1K0	Kuujjuaraapik	J0M 1G0

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