



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)

Date de début des symptômes : _____ 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) 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"/> Positif <input type="checkbox"/> Invalide
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

<input type="checkbox"/> Isolement à domicile : conditions discutées et informations remises	<input type="checkbox"/> Hospitalisation
<input type="checkbox"/> Isolement à domicile impossible : appel MD COVID pour organiser logement alternatif	

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"/> M1 <input type="checkbox"/> M8 <input type="checkbox"/> M10	
	Sans symptôme	<input type="checkbox"/> Pré-intubation <input type="checkbox"/> Pré-bronchoscopie <input type="checkbox"/> Greffé/donneur	<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"/> Non (vigie) <input type="checkbox"/> Oui - Date de retour au Nord (aaaa/mm/jj)	<input type="checkbox"/> M7
		Sans symptôme	Date de retour au Nord : (aaaa/mm/jj) <input type="checkbox"/> Programme de gestion des entrées <input type="checkbox"/> Travailleuse santé <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
Travailleuse santé	Symptômes	Lieu : _____	<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 ⁴	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 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 éclosion doit être déclarée par la DRSP avant que le clinicien ne puisse cocher l'indication « Éclosion/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



Nom : _____

Prénom : _____

DDN : _____

Numéro de dossier : _____

TEST ID NOW

Résultat initial		Reprise (au besoin)	
Réactif de base	Date d'expiration : <u> (aaaa/mm/jj) </u>	Réactif de base	Date d'expiration : <u> (aaaa/mm/jj) </u>
Réactif cartouche	# lot du : _____ Date d'expiration: <u> (aaaa/mm/jj) </u>	Réactif cartouche	# lot du : _____ Date d'expiration <u> (aaaa/mm/jj) </u>
(coller l'étiquette ci-dessous)		(coller l'étiquette ci-dessous)	

	CSI		CSTU	
Lieu du test	<input type="checkbox"/> Kuujuaaraapik	<input type="checkbox"/> Akulivik	<input type="checkbox"/> Kangiqsujaq	<input type="checkbox"/> Tasiujaq
	<input type="checkbox"/> Umiujaq	<input type="checkbox"/> Ivujivik	<input type="checkbox"/> Quaqaq	<input type="checkbox"/> Kuujuaq
	<input type="checkbox"/> Inukjuak	<input type="checkbox"/> Salluit	<input type="checkbox"/> Kangirsuk	<input type="checkbox"/> Kangiqsualujuaq
	<input type="checkbox"/> Puvirnituaq		<input type="checkbox"/> Aupaluk	
	<input type="checkbox"/> Clinique des voyageurs			

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

 Résultat envoyé à la DRSP surveillance.vigie.nrbhss@ssss.gouv.qc.ca le (aaaa/mm/jj) à (hh :mm)**ANNEXES**

Codes postaux du Nunavik			
Kangiqsualujuaq	J0M 1N0	Salluit	J0M 1S0
Kuujuaq	J0M 1C0	Ivujivik	J0M 1H0
Tasiujaq	J0M 1T0	Akulivik	J0M 1V0
Aupaluk	J0M 1X0	Puvirnituaq	J0M 1P0
Kangirsuk	J0M 1A0	Inukjuak	J0M 1M0
Quaqaq	J0M 1J0	Umiujaq	J0M 1Y0
Kangiqsujaq	J0M 1K0	Kuujuaaraapik	J0M 1G0

Coordonnées de la santé publique	
MD de Garde	1 (855) 964-2244 ou 1 (819) 299-2990

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