ᑲᓇᕐᒥ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒧᑦ ᑲᑎᒪᔨᑦ
RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU NUNAVIK
NUNAVIK REGIONAL BOARD OF HEALTH AND SOCIAL SERVICES

Inuulitsivik

Centre de Santé et Services Sociaux Inuulitsivik
Inuulitsivik Health & Social Services Centre
Puvirnituq, Québec J0M 1P0
T 819 988-2957 / F 819 988-2796

ᐅᖓᑭᒥ ᑐᓚᑦᑕᐅᑦ ᖃᓄᐃᖕᒋᓯᐊᖕᓂᒧᑦ
UNGAVA TULATTAVIK HEALTH CENTER
CENTRE DE SANTÉ TULATTAVIK DE L'UNGAVA

Nom
Prénom
DDN
#Dossier
Village

EMBOSSER ICI LA CARTE DU CSI OU CSTU,
SI NON DISPONIBLE, INSCRIRE LES NOM, PRÉNOM,
DATE DE NAISSANCE, NUMÉRO DOSSIER ET VILLAGE

EMBOSS HERE THE CARD OF IHC OR UTHC,
IF NOT AVAILABLE, WRITE THE NAME, SURNAME,
DATE OF BIRTH, FILE NUMBER AND VILLAGE

IDENTIFICATION DES CONTACTS D'UN CAS COVID-19

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

Date de début des symptômes :	Date du résultat positif pour COVID-19 :	Date de début de l'isolement :
aaaa-mm-jj	aaaa-mm-jj	aaaa-mm-jj

PÉRIODE DE CONTAGIOSITÉ : DATE DE DÉBUT[1] aaaa-mm-jj **DATE DE FIN[2] :** aaaa-mm-jj

NOTE : Se référer à la période de contagiosité comprise entre ces dates pour effectuer la recherche de contacts.

[1] La période de contagiosité commence 48h avant le début des symptômes.
[2] La période de contagiosité prend fin au moment de l'isolement du cas, ou jusqu'à la levée de l'isolement pour un contact habitant sous le même toit.

Signature de l'intervenant qui effectue l'entrevue :

Date : aaaa-mm-jj

ᑲᓇᕐᒥ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒧᑦ ᑲᑎᒪᔨᑦ
RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU NUNAVIK
NUNAVIK REGIONAL BOARD OF HEALTH AND SOCIAL SERVICES

Inuulitsivik

Centre de Santé et Services Sociaux Inuulitsivik
Inuulitsivik Health & Social Services Centre
Puvirnituq, Québec J0M 1P0
T 819 988-2957 / F 819 988-2796

ᐅᖓᑭᒥ ᑐᓚᑦᑕᐅᒃ ᖃᓄᐃᖕᒋᑦᑎᓂᒧᑦ
UNGAVA TULATTAVIK HEALTH CENTER
CENTRE DE SANTÉ TULATTAVIK DE L'UNGAVA

IDENTIFICATION DES CONTACTS D'UN CAS COVID-19

EMBOSSER ICI LA CARTE DU CSI OU CSTU,
SI NON DISPONIBLE, INSCRIRE LES NOM, PRÉNOM,
DATE DE NAISSANCE, NUMÉRO DOSSIER ET VILLAGE

EMBOSS HERE THE CARD OF IHC OR UTHC,
IF NOT AVAILABLE, WRITE THE NAME, SURNAME,
DATE OF BIRTH, FILE NUMBER AND VILLAGE

MAISONNÉE : RÉSIDENTS

S'il manque d'espace, faire une copie de la présente feuille

Résidence principale : #
Liste des résidents permanents de la maison durant la période de contagiosité :

Nom	No dossier	DDN aaaa-mm-jj	Sexe		Téléphone ou identifiant Facebook	Symptômes[3]		
			H	F		Oui	Non	Si oui, précisez lesquels
			○	○		○	○	
			○	○		○	○	
			○	○		○	○	
			○	○		○	○	
			○	○		○	○	
			○	○		○	○	
			○	○		○	○	
			○	○		○	○	
			○	○		○	○	

Légende :
[3] Symptômes compatibles avec COVID-19 observés chez le contact, ex. : toux, fièvre, difficultés respiratoires, etc.?

ᑲᓇᕐᒥ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒧᑦ ᑲᑎᒪᔨᑦ
RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU NUNAVIK
NUNAVIK REGIONAL BOARD OF HEALTH AND SOCIAL SERVICES

Inuulitsivik

Centre de Santé et Services Sociaux Inuulitsivik
Inuulitsivik Health & Social Services Centre
Puvirnituq, Québec J0M 1P0
T 819 988-2957 / F 819 988-2796

ᐅᖓᑕᒥ ᑐᓚᑦᑕᐅᑦ ᖃᓄᐃᖕᒋᐊᖕᓂᒧᑦ
UNGAVA TULATTAVIK HEALTH CENTER
CENTRE DE SANTÉ TULATTAVIK DE L'UNGAVA

IDENTIFICATION DES CONTACTS D'UN CAS COVID-19

EMBOSSER ICI LA CARTE DU CSI OU CSTU,
SI NON DISPONIBLE, INSCRIRE LES NOM, PRÉNOM,
DATE DE NAISSANCE, NUMÉRO DOSSIER ET VILLAGE

EMBOSS HERE THE CARD OF IHC OR UTHC,
IF NOT AVAILABLE, WRITE THE NAME, SURNAME,
DATE OF BIRTH, FILE NUMBER AND VILLAGE

PARTENAIRES INTIMES

Liste des personnes ayant eu des relations sexuelles avec le cas confirmé ou probable, durant la période de contagiosité :

Nom	No dossier	DDN aaaa-mm-jj	Sexe		No maison ou village	Téléphone ou identifiant Facebook	Date dernier contact aaaa-mm-jj	Symptômes[3]		
			M	F				Oui	Non	Si oui, précisez lesquels
			○	○				○	○	
			○	○				○	○	
			○	○				○	○	
			○	○				○	○	
			○	○				○	○	
			○	○				○	○	
			○	○				○	○	
			○	○				○	○	
			○	○				○	○	

Légende :
[3] Symptômes compatibles avec COVID-19 observés chez le contact, ex. : toux, fièvre, difficultés respiratoires, etc.?

ᑲᓇᕐᒥ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒧᑦ ᑲᑎᒪᔨᑦ
RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU NUNAVIK
NUNAVIK REGIONAL BOARD OF HEALTH AND SOCIAL SERVICES

Inuulitsivik

Centre de Santé et Services Sociaux Inuulitsivik
Inuulitsivik Health & Social Services Centre
Puvirnituq, Québec J0M 1P0
T 819 988-2957 / F 819 988-2796

ᐅᖓᑕᒥ ᑐᓚᑦᑕᐅᒃ ᖃᓄᐃᖕᒋᐊᖕᓂᒧᑦ
UNGAVA TULATTAVIK HEALTH CENTER
CENTRE DE SANTÉ TULATTAVIK DE L'UNGAVA

IDENTIFICATION DES CONTACTS D'UN CAS COVID-19

EMBOSSER ICI LA CARTE DU CSI OU CSTU,
SI NON DISPONIBLE, INSCRIRE LES NOM, PRÉNOM,
DATE DE NAISSANCE, NUMÉRO DOSSIER ET VILLAGE

EMBOSS HERE THE CARD OF IHC OR UTHC,
IF NOT AVAILABLE, WRITE THE NAME, SURNAME,
DATE OF BIRTH, FILE NUMBER AND VILLAGE

MAISONNÉE : VISITEURS

Liste des personnes qui ont visité la maisonnée durant la période de contagiosité :
S'il manque d'espace, faire une copie de la présente feuille

Nom	No dossier	DDN aaaa-mm-jj	Sexe		No maison ou village	Téléphone ou identifiant Facebook	Date dernier contact aaaa-mm-jj	Symptômes[3]			≥ 15 min	≤ 2 m
			H	F				Oui	Non	Si oui, précisez lesquels		
			○	○				○	○		☐	☐
			○	○				○	○		☐	☐
			○	○				○	○		☐	☐
			○	○				○	○		☐	☐
			○	○				○	○		☐	☐
			○	○				○	○		☐	☐
			○	○				○	○		☐	☐
			○	○				○	○		☐	☐
			○	○				○	○		☐	☐
			○	○				○	○		☐	☐

Légende :
[3] Symptômes compatibles avec COVID-19 observés chez le contact, ex. : toux, fièvre, difficultés respiratoires, etc.?

ᑲᓇᕐᒥ ᐃᓗᓯᓂᓂᕐᒧᑦ ᑲᑎᒪᔨᑦ
RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU NUNAVIK
NUNAVIK REGIONAL BOARD OF HEALTH AND SOCIAL SERVICES

Inuulitsivik

Centre de Santé et Services Sociaux Inuulitsivik
Inuulitsivik Health & Social Services Centre
Puvirnituq, Québec J0M 1P0
T 819 988-2957 / F 819 988-2796

ᐅᖓᑭᒥ ᑐᓚᑦᑕᐅᑦ ᖃᓄᐃᖕᒋᐊᕐᓂᒧᑦ
UNGAVA TULATTAVIK HEALTH CENTER
CENTRE DE SANTÉ TULATTAVIK DE L'UNGAVA

IDENTIFICATION DES CONTACTS D'UN CAS COVID-19

EMBOSSER ICI LA CARTE DU CSI OU CSTU,
SI NON DISPONIBLE, INSCRIRE LES NOM, PRÉNOM,
DATE DE NAISSANCE, NUMÉRO DOSSIER ET VILLAGE

EMBOSS HERE THE CARD OF IHC OR UTHC,
IF NOT AVAILABLE, WRITE THE NAME, SURNAME,
DATE OF BIRTH, FILE NUMBER AND VILLAGE

MAISONNÉES VISITÉES

Durant la période de contagiosité, est-il arrivé que l'usager ait visité d'autres maisonnées ? ☐ Oui ☐ Non

Liste des maisons visitées et des personnes présentes lors des visites de l'usager durant la période de contagiosité :

S'il manque d'espace, faire une copie de la présente feuille

Nom	No dossier	DDN aaaa-mm-jj	Sexe		No maison ou village	Téléphone ou identifiant Facebook	Date dernier contact aaaa-mm-jj	Symptômes[3]			≥ 15 min	≤ 2 m
			H	F				Oui	Non	Si oui, précisez lesquels		
			☐	☐				☐	☐		☐	☐
			☐	☐				☐	☐		☐	☐
			☐	☐				☐	☐		☐	☐
			☐	☐				☐	☐		☐	☐
			☐	☐				☐	☐		☐	☐
			☐	☐				☐	☐		☐	☐
			☐	☐				☐	☐		☐	☐
			☐	☐				☐	☐		☐	☐
			☐	☐				☐	☐		☐	☐
			☐	☐				☐	☐		☐	☐

Légende :

[3] Symptômes compatibles avec COVID-19 observés chez le contact, ex. : toux, fièvre, difficultés respiratoires, etc.?

ᑲᓇᕐᒥ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒧᑦ ᑲᑎᒪᔨᑦ
RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU NUNAVIK
NUNAVIK REGIONAL BOARD OF HEALTH AND SOCIAL SERVICES

Inuulitsivik

Centre de Santé et Services Sociaux Inuulitsivik
Inuulitsivik Health & Social Services Centre
Puvirnituq, Québec J0M 1P0
T 819 988-2957 / F 819 988-2796

ᐅᖓᑭᒥ ᑐᓚᑦᑕᐅᑦ ᖃᓄᐃᖕᒋᓯᐊᖕᓂᒧᑦ
UNGAVA TULATTAVIK HEALTH CENTER
CENTRE DE SANTÉ TULATTAVIK DE L'UNGAVA

IDENTIFICATION DES CONTACTS D'UN CAS COVID-19

EMBOSSER ICI LA CARTE DU CSI OU CSTU,
SI NON DISPONIBLE, INSCRIRE LES NOM, PRÉNOM,
DATE DE NAISSANCE, NUMÉRO DOSSIER ET VILLAGE

EMBOSS HERE THE CARD OF IHC OR UTHC,
IF NOT AVAILABLE, WRITE THE NAME, SURNAME,
DATE OF BIRTH, FILE NUMBER AND VILLAGE

GARDERIE

☐ Non-applicable.

- ○ Enfant → groupe :
- ○ Travailleur avec contact avec les enfants → fonction :
- ○ Travailleur sans contact avec les enfants → fonction :

Nom de la garderie :

Fréquence de présence[4] :

Date de la dernière présence : (aaaa-mm-jj)

Légende :
[4] **Important de bien remplir cette section!** Inscrire le nombre de présences par semaine et le nombre habituel d'heures de ces présences

ÉCOLE

☐ Non-applicable.

- ○ Enfant → classe :
- ○ Travailleur avec contact avec les enfants → fonction :
- ○ Travailleur sans contact avec les enfants → fonction :

Nom de l'école :

Fréquence de présence[4] :

Date de la dernière présence : (aaaa-mm-jj)

Légende :
[4] **Important de bien remplir cette section!** Inscrire le nombre de présences par semaine et le nombre habituel d'heures de ces présences

ᑲᓇᕐᒥ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒧᑦ ᑲᑎᒪᔨᑦ
RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU NUNAVIK
NUNAVIK REGIONAL BOARD OF HEALTH AND SOCIAL SERVICES

Inuulitsivik

Centre de Santé et Services Sociaux Inuulitsivik
Inuulitsivik Health & Social Services Centre
Puvirnituq, Québec J0M 1P0
T 819 988-2957 / F 819 988-2796

ᐅᖓᑭᒥ ᑐᓚᑦᑕᒃ ᖃᓄᐃᖕᒋᐊᕐᓂᒧᑦ
UNGAVA TULATTAVIK HEALTH CENTER
CENTRE DE SANTÉ TULATTAVIK DE L'UNGAVA

IDENTIFICATION DES CONTACTS D'UN CAS COVID-19

EMBOSSER ICI LA CARTE DU CSI OU CSTU,
SI NON DISPONIBLE, INSCRIRE LES NOM, PRÉNOM,
DATE DE NAISSANCE, NUMÉRO DOSSIER ET VILLAGE

EMBOSS HERE THE CARD OF IHC OR UTHC,
IF NOT AVAILABLE, WRITE THE NAME, SURNAME,
DATE OF BIRTH, FILE NUMBER AND VILLAGE

TRAVAIL

☐ Non-applicable. *NOTE : Si applicable, faire copie de la présente feuille pour plus d'espace au besoin.*

Employeur : Fonction :

Date de la dernière présence : (aaaa-mm-jj)

Liste des personnes avec qui l'usager est en contact au travail :

Nom	No dossier	DDN aaaa-mm-jj	Sexe		No Maison ou village	Téléphone ou identifiant Facebook	Symptômes[3]			≥ 15 min	≤ 2 m
			H	F			Oui	Non	Si oui, précisez lesquels		
			☐	☐			☐	☐		☐	☐
			☐	☐			☐	☐		☐	☐
			☐	☐			☐	☐		☐	☐
			☐	☐			☐	☐		☐	☐
			☐	☐			☐	☐		☐	☐
			☐	☐			☐	☐		☐	☐
			☐	☐			☐	☐		☐	☐
			☐	☐			☐	☐		☐	☐
			☐	☐			☐	☐		☐	☐

Légende :
[3] Symptômes compatibles avec COVID-19 observés chez le contact, ex. : toux, fièvre, difficultés respiratoires, etc.?

IDENTIFICATION DES CONTACTS D'UN CAS COVID-19

EMBOSSER ICI LA CARTE DU CSI OU CSTU,
SI NON DISPONIBLE, INSCRIRE LES NOM, PRÉNOM,
DATE DE NAISSANCE, NUMÉRO DOSSIER ET VILLAGE

EMBOSS HERE THE CARD OF IHC OR UTHC,
IF NOT AVAILABLE, WRITE THE NAME, SURNAME,
DATE OF BIRTH, FILE NUMBER AND VILLAGE

AUTRES LIEUX OU ACTIVITÉS

DURANT LA PÉRIODE DE CONTAGIOSITÉ	Oui	Non	Date de dernière présence aaaa-mm-jj	Si oui, préciser le lieu, et détailler les contacts dans les pages suivantes
Clinique médicale ou centre hospitalier (Nord et/ou Sud)	☐	☐		
Commerces, épiceries, banques, etc	☐	☐		
Activité de groupe extérieure, (ex. : camping, pêche, chasse)	☐	☐		
Activité de groupe intérieure, (ex. : feast, regroupement familial)	☐	☐		
Autre lieu de rassemblement, (ex. : centre communautaire, centre de couture, église)	☐	☐		
Activité sportive	☐	☐		
Lieux publics culturels (musées, bibliothèque, salle de spectacle et de cinéma)	☐	☐		
Lieux publics de loisirs (restaurants, bars ou cafés)	☐	☐		
Hôtels ou lieu de conférence	☐	☐		
Moyen de transport public	☐	☐		
Voyage au Nunavik ou à l'extérieur du Nunavik	☐	☐		
Établissement(s) de détention	☐	☐		

ᑲᓇᕐᒥ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒧᑦ ᑲᑎᒪᔨᑦ
RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU NUNAVIK
NUNAVIK REGIONAL BOARD OF HEALTH AND SOCIAL SERVICES

Inuulitsivik

Centre de Santé et Services Sociaux Inuulitsivik
Inuulitsivik Health & Social Services Centre
Puvirnituq, Québec J0M 1P0
T 819 988-2957 / F 819 988-2796

ᐅᖓᑭᒥ ᑐᓚᑦᑕᒃ ᖃᓄᐃᖕᒋᐊᖕᓂᒧᑦ
UNGAVA TULATTAVIK HEALTH CENTER
CENTRE DE SANTÉ TULATTAVIK DE L'UNGAVA

IDENTIFICATION DES CONTACTS D'UN CAS COVID-19

EMBOSSER ICI LA CARTE DU CSI OU CSTU,
SI NON DISPONIBLE, INSCRIRE LES NOM, PRÉNOM,
DATE DE NAISSANCE, NUMÉRO DOSSIER ET VILLAGE

EMBOSS HERE THE CARD OF IHC OR UTHC,
IF NOT AVAILABLE, WRITE THE NAME, SURNAME,
DATE OF BIRTH, FILE NUMBER AND VILLAGE

AUTRES LIEUX ET ACTIVITÉS : CONTACTS ADDITIONNELS

Lieu fréquenté	Nom du contact	No dossier	DDN aaaa-mm-jj	Sexe		No Maison ou village	Téléphone ou identifiant Facebook	Symptômes[3]			≥ 15 min	≤ 2 m
				H	F			Oui	Non	Si oui, précisez lesquels		
				○	○			○	○		☐	☐
				○	○			○	○		☐	☐
				○	○			○	○		☐	☐
				○	○			○	○		☐	☐
				○	○			○	○		☐	☐
				○	○			○	○		☐	☐
				○	○			○	○		☐	☐
				○	○			○	○		☐	☐
				○	○			○	○		☐	☐
				○	○			○	○		☐	☐

Légende :
[3] Symptômes compatibles avec COVID-19 observés chez le contact, ex. : toux, fièvre, difficultés respiratoires, etc.?

ᑲᓇᕐᒥ ᐃᓗᓯᓕᓂᕐᒧᑦ ᑲᑎᒪᔨᑦ
RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU NUNAVIK
NUNAVIK REGIONAL BOARD OF HEALTH AND SOCIAL SERVICES

Inuulitsivik

Centre de Santé et Services Sociaux Inuulitsivik
Inuulitsivik Health & Social Services Centre
Puvirnituq, Québec J0M 1P0
T 819 988-2957 / F 819 988-2796

ᐅᖓᑭᒥ ᑐᓚᑦᑕᒃ ᖃᓄᐃᖕᒋᓯᐊᕐᓂᒧᑦ
UNGAVA TULATTAVIK HEALTH CENTER
CENTRE DE SANTÉ TULATTAVIK DE L'UNGAVA

IDENTIFICATION DES CONTACTS D'UN CAS COVID-19

EMBOSSER ICI LA CARTE DU CSI OU CSTU,
SI NON DISPONIBLE, INSCRIRE LES NOM, PRÉNOM,
DATE DE NAISSANCE, NUMÉRO DOSSIER ET VILLAGE

EMBOSS HERE THE CARD OF IHC OR UTHC,
IF NOT AVAILABLE, WRITE THE NAME, SURNAME,
DATE OF BIRTH, FILE NUMBER AND VILLAGE

AUTRES LIEUX ET ACTIVITÉS : CONTACTS ADDITIONNELS

Lieu fréquenté	Nom du contact	No dossier	DDN aaaa-mm-jj	Sexe		No Maison ou village	Téléphone ou identifiant Facebook	Symptômes[3]			≥ 15 min	≤ 2 m
				H	F			Oui	Non	Si oui, précisez lesquels		
				○	○			○	○		☐	☐
				○	○			○	○		☐	☐
				○	○			○	○		☐	☐
				○	○			○	○		☐	☐
				○	○			○	○		☐	☐
				○	○			○	○		☐	☐
				○	○			○	○		☐	☐
				○	○			○	○		☐	☐
				○	○			○	○		☐	☐
				○	○			○	○		☐	☐

Légende :
[3] Symptômes compatibles avec COVID-19 observés chez le contact, ex. : toux, fièvre, difficultés respiratoires, etc.?