



- CDÉ : _____
- CDD : _____
- AUTRE : _____

COLLECTE DE DONNÉES

DÉPISTAGE PAR ÉCOUVILLONNAGE - COVID-19

DATE

Année	Mois	Jour
-------	------	------

 HEURE _____ h

Date de naissance			N° de dossier	
Année	Mois	Jour		
N° d'assurance maladie				
Nom à la naissance			Prénom	
Adresse				
Ville		Code postal		N° de téléphone
Nom de la mère			Prénom de la mère	
Nom du père			Prénom du père	

HISTOIRE DE LA MALADIE ACTUELLE (HMA)

1. SIGNES ET SYMPTÔMES

- Aucun
- | | | | |
|---|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Fièvre/frissons | <input type="checkbox"/> Toux récente/exacerbée | <input type="checkbox"/> Perte de l'odorat | <input type="checkbox"/> Perte de goût |
| <input type="checkbox"/> Essoufflement | <input type="checkbox"/> Douleur thoracique | <input type="checkbox"/> Difficulté à respirer | <input type="checkbox"/> Douleur musculaire |
| <input type="checkbox"/> Mal de gorge | <input type="checkbox"/> Céphalée inhabituelle | <input type="checkbox"/> Nausée/vomissement | <input type="checkbox"/> Diarrhée |
| <input type="checkbox"/> Importante perte d'appétit | <input type="checkbox"/> Autres : _____ | | |

Description détaillée : _____

2. CONTRE-INDICATION AU PRÉLÈVEMENT*

- Aucune
- Épistaxis active
- Obstructions des voies nasales
- Enfant de 0 à 3 mois (évaluation médicale obligatoire)
- Laryngospasme (stridor)
- Chirurgie récente de la bouche ou du nez

* En présence d'une contre-indication ou de signes et symptômes d'instabilité (selon le jugement clinique), la personne doit alors être orientée vers un professionnel habilité à procéder à l'évaluation (infirmière/infirmier, inhalothérapeute ou médecin) selon la trajectoire établie par le comité tactique de sécurité civile du CIUSSS de l'Estrie – CHUS.

3. ADMISSIBILITÉ AU TEST DE DÉPISTAGE

- Oui
- Non : Usager orienté vers un professionnel habilité à procéder à son évaluation (voir section 5)

4. NOTES COMPLÉMENTAIRES

Signature de l'intervenant

Nom en caractère d'imprimerie

Titre/fonction

N° permis

5. DÉCISION D'ORIENTATION DE L'USAGER (à remplir par infirmière/inhalo/médecin si usager jugé non admissible au dépistage à la section 3)

- Orienté vers un professionnel habileté pour la réalisation du test de dépistage
- Orienté vers le médecin du CDÉ pour évaluation supplémentaire (si présence de contre-indication au prélèvement)
- Orienté vers l'urgence (si présence de signes de détresse respiratoire ou atteinte de l'état général)

6. NOTES COMPLÉMENTAIRES

Signature de l'intervenant

Nom en caractère d'imprimerie

Titre/fonction

N° permis

FDCU-IF-006