

CDÉ : \_\_\_\_\_  
 CDD : \_\_\_\_\_  
 AUTRE : \_\_\_\_\_

### COLLECTE DE DONNÉES

### DÉPISTAGE PAR ÉCOUVILLONNAGE - COVID-19

Date de naissance			N° de dossier	
Année	Mois	Jour		
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	

DATE | Année | Mois | Jour | HEURE | h

Le professionnel doit compléter la section 1 à 3 obligatoirement.

### 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
- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Épistaxis active               | <input type="checkbox"/> Enfant de 0 à 3 mois (évaluation médicale obligatoire) |   |
| <input type="checkbox"/> Obstructions des voies nasales | <input type="checkbox"/> Laryngospasme (stridor)                                | <input type="checkbox"/> Chirurgie récente de la bouche ou du nez |

\* En présence d'une contre-indication ou de signes et symptômes d'installation orientée vers un professionnel habilité à procéder à l'évaluation (infirmière établie par le comité tactique de sécurité civile du CIUSSS de l'Estrie - CUS)

Si le professionnel a coché NON, il doit orienter l'utilisateur pour évaluation par un professionnel autorisé (infirmière/inhalothérapeute/médecin)

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

À compléter au besoin

La signature est obligatoire par le professionnel ayant complété la collecte de donnée

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 habilité 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

Sections 5 et 6 réservés à l'infirmière, l'inhalothérapeute ou le médecin en cas de non admissibilité au dépistage.

Signature de l'intervenant | Nom en caractère d'imprimerie | Titre/fonction | N° permis