



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

COLLECTE DE DONNÉES

DÉPISTAGE - 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 **DURÉE :** Moins de 7 jours Plus de 7 jours 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"/> Importante perte d'appétit | <input type="checkbox"/> Nausée/vomissement | <input type="checkbox"/> Diarrhée |
| <input type="checkbox"/> Céphalée inhabituelle | | | |
| <input type="checkbox"/> Autres : _____ | | | |

Description détaillée : _____

2. CONTRE-INDICATIONS AU PRÉLÈVEMENT* Aucune

Contre-indications à l'ÉCOUVILLONAGE	Contre-indications au GARGARISME
<input type="checkbox"/> Épistaxis active	<input type="checkbox"/> Enfant âgé de moins de 6 ans
<input type="checkbox"/> Obstructions des voies nasales	<input type="checkbox"/> Présence d'atteintes cognitives, physiques ou autres, limitant l'exécution adéquate et sécuritaire du gargarisme
<input type="checkbox"/> Coagulopathie sévère (nasopharyngé)	<input type="checkbox"/> Symptômes ≥ 7 jours
<input type="checkbox"/> Enfant de 0 à 3 mois (évaluation médicale obligatoire)	
<input type="checkbox"/> Chirurgie récente de la bouche ou du nez	
<input type="checkbox"/> Laryngospasme (stridor)	
<input type="checkbox"/> Thrombocytopénie (nasopharyngé)	
<input type="checkbox"/> Symptômes ≥ 7 jours (ID-NOW)	

* 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 6)

4. MÉTHODE DE PRÉLÈVEMENT :

- Nasopharyngé/oropharyngé Oropharyngé/nasal (pour utilisation du ID-NOW) Gargarisme

5. NOTES COMPLÉMENTAIRES

Signature de l'intervenant

Nom en caractère d'imprimerie

Titre/fonction

N° permis

6. 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)

7. NOTES COMPLÉMENTAIRES

Signature de l'intervenant

Nom en caractère d'imprimerie

Titre/fonction

N° permis