

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

**NOTE D'ÉVOLUTION**

**DÉPISTAGE PAR ÉCOUVILLONNAGE - COVID-19**

DATE | Année | Mois | Jour

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	

**SECTION À REMPLIR PAR L'INTERVENANT QUI EFFECTUE LE PRÉLÈVEMENT**

Heure : \_\_\_\_\_

Particularité(s) survenue(s) et intervention(s) effectuée(s) : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

À compléter seulement si une particularité survient lors du prélèvement (ex: choc vagal, convulsion, etc)

\_\_\_\_\_  
Signature de l'intervenant      Nom en caractère d'imprimerie      Titre/fonction

**SECTION À REMPLIR PAR L'INFIRMIÈRE/INHALOTHÉRAPEUTE QUI ÉVALUE L'USAGER**

Heure : \_\_\_\_\_

Évaluation et intervention(s) effectuée(s) : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

À compléter seulement par professionnel autorisé

Orientation de l'utilisateur (au besoin) : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Signature de l'intervenant      Nom en caractère d'imprimerie      Titre/fonction