



ÉVALUATION PERSONNE SYMPTOMATIQUE ET CRITÈRES DE DÉPISTAGE COVID-19

Date (aaaa/mm/jj) : _____ Heure (hh:mm) : _____
Parent / titulaire de l'autorité parentale / répondant : _____

SYMPTÔMES

1. Présence des symptômes suivants :	Oui	Non
• Fièvre (Enfant : 38°C et plus (rectal); Adulte : 38°C et plus (buccal); Personne âgée : 37,8°C et plus (buccal))	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Toux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Difficultés respiratoires (dyspnée)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Perte d'odorat de manière brutale, sans obstruction respiratoire, parfois accompagné d'une perte de goût	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Autre(s) symptôme(s) : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Présence de critères d'exposition en CHSLD (incluant les autres milieux similaires) ou autres critères en vigueur de la santé publique

CHSLD _____ RI _____ RTF _____
 RPA _____ Autre _____

3. Répond aux critères de priorisation du test définis par la direction de la santé publique

ANALYSE ET INTERVENTIONS DE L'INFIRMIÈRE / INHALOTHÉRAPEUTE

- Signes cliniques associés à la COVID-19
 Signes cliniques associés à une condition de santé aiguë autre que la COVID-19
 OC-CISSS-133 initiée (*Initier un test diagnostique pour le virus du SARS-CoV-2 par écouvillonnage nasopharyngé et oropharyngé*)
 Écouvillonnage nasopharyngé fait Écouvillonnage oropharyngé fait Écouvillonnage oronasopharyngé fait
 Test d'écouvillonnage naso et oropharyngé confié à un professionnel autorisé

ORIENTATION

Médecin IPSPL Clinique désignée d'évaluation Urgence 911 (ambulance)
 À domicile Autres : _____

Notes particulières : _____

Nom de l'intervenant	Signature	Permis	aaaa/mm/jj
----------------------	-----------	--------	------------

Nom :

Prénom :

Dossier :

PROFESSIONNEL QUI EFFECTUE LE PRÉLÈVEMENT (après directive explicite de l'infirmière/inhalothérapeute)

Écouvillonnage nasopharyngé fait Écouvillonnage oropharyngé fait Écouvillonnage oronasopharyngé fait

Notes particulières : _____

--	--	--	--

Nom de l'intervenant

Signature

Permis

aaaa/mm/jj

EXAMEN PHYSIQUE

INSPECTION :

Évaluation de l'état mental :

- Capacité d'attention
 - Attentif Non attentif
- État de conscience :
 - Hyperalerte
 - Alerte
 - Léthargique (verbal)
 - Stuporeux (physique)
 - Comateux

Signes vitaux : Pouls : ____/min

P.A. : ____/____

T° : ____ °C

Respiration : Fréquence : ____/min

Type : Thoracique Abdominale

Amplitude : Normal Profonde

Rythme : Régulier Irrégulier

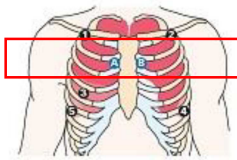
SpO₂ : ____

AUSCULTATION :

Face antérieure

Présence d'un bruit anormal : Oui Non

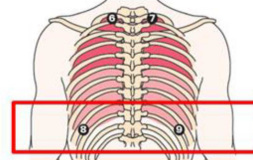
- Nommer si possible : Sibilant
- Ronchis
- Bronche droite (A)
- Bronche gauche (B)



Face postérieure

Présence d'un bruit anormal : Oui Non

- Nommer si possible : Sibilant
- Crépitants
- Lobe inférieur droit (8)
- Lobe inférieur gauche (9)



NOTES PARTICULIÈRES

--	--	--	--

Nom de l'intervenant

Signature

Permis

aaaa/mm/jj