



**ÉVALUATION CLINIQUE TÉLÉPHONIQUE  
DES CAS CONFIRMÉS POSITIF À LA COVID-19**

1. ÉVALUATION CLINIQUE				
Date (aaaa/mm/jj) : _____		Heure (hh:mm) : _____		<input type="checkbox"/> Appel fait par l'utilisateur
Symptômes	Oui	Non	Date d'apparition des symptômes (aaaa/mm/jj)	État actuel
Température : _____ °C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/> Amélioré <input type="checkbox"/> Stable / Inchangé <input type="checkbox"/> Détérioré
Essoufflement / difficulté respiratoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/> Amélioré <input type="checkbox"/> Stable / Inchangé <input type="checkbox"/> Détérioré
Toux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/> Amélioré <input type="checkbox"/> Stable / Inchangé <input type="checkbox"/> Détérioré
Douleur thoracique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/> Amélioré <input type="checkbox"/> Stable / Inchangé <input type="checkbox"/> Détérioré
Fatigue ou faiblesse généralisée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/> Amélioré <input type="checkbox"/> Stable / Inchangé <input type="checkbox"/> Détérioré
RÉFÉRENCE				
<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IPSPL <input type="checkbox"/> Clinique de dépistage COVID-19 <input type="checkbox"/> Urgence <input type="checkbox"/> 911 (ambulance) <input type="checkbox"/> À domicile <input type="checkbox"/> Autres : _____				
L'USAGER ÉTAIT CAPABLE DE DÉCRIRE				
Quels symptômes surveiller <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Quoi faire si les symptômes apparaissent <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Qui contacter pour avoir de l'information <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Qui contacter en cas de détresse psychosociale <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
INTERVENTIONS ET NOTES D'EXCEPTIONS				
<input type="checkbox"/> Conseils <input type="checkbox"/> Informations <input type="checkbox"/> Enseignement				
_____	_____	_____	_____	_____
Nom de l'intervenant	Signature	Permis	aaaa/mm/jj	
2. ÉVALUATION CLINIQUE				
Date (aaaa/mm/jj) : _____		Heure (hh:mm) : _____		<input type="checkbox"/> Appel fait par l'utilisateur
Symptômes	Oui	Non	Date d'apparition des symptômes (aaaa/mm/jj)	État actuel
Température : _____ °C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/> Amélioré <input type="checkbox"/> Stable / Inchangé <input type="checkbox"/> Détérioré
Essoufflement / difficulté respiratoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/> Amélioré <input type="checkbox"/> Stable / Inchangé <input type="checkbox"/> Détérioré
Toux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/> Amélioré <input type="checkbox"/> Stable / Inchangé <input type="checkbox"/> Détérioré
Douleur thoracique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/> Amélioré <input type="checkbox"/> Stable / Inchangé <input type="checkbox"/> Détérioré
Fatigue ou faiblesse généralisée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/> Amélioré <input type="checkbox"/> Stable / Inchangé <input type="checkbox"/> Détérioré
RÉFÉRENCE				
<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IPSPL <input type="checkbox"/> Clinique de dépistage COVID-19 <input type="checkbox"/> Urgence <input type="checkbox"/> 911 (ambulance) <input type="checkbox"/> À domicile <input type="checkbox"/> Autres : _____				

Nom :

Prénom :

# Dossier :

**L'USAGER ÉTAIT CAPABLE DE DÉCRIRE**

Quels symptômes surveiller  
 Oui  Non

Quoi faire si les symptômes apparaissent  
 Oui  Non

Qui contacter pour avoir de l'information  
 Oui  Non

Qui contacter en cas de détresse psychosociale  
 Oui  Non

**INTERVENTIONS ET NOTES D'EXCEPTIONS**

Conseils

Informations

Enseignement

**3. ÉVALUATION CLINIQUE**

Date (aaaa/mm/jj) : \_\_\_\_\_

Heure (hh :mm) : \_\_\_\_\_

Appel fait par l'utilisateur

Symptômes	Oui	Non	Date d'apparition des symptômes (aaaa/mm/jj)	État actuel		
Température : _____ °C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/> Amélioré	<input type="checkbox"/> Stable / Inchangé	<input type="checkbox"/> Détérioré
Essoufflement / difficulté respiratoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/> Amélioré	<input type="checkbox"/> Stable / Inchangé	<input type="checkbox"/> Détérioré
Toux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/> Amélioré	<input type="checkbox"/> Stable / Inchangé	<input type="checkbox"/> Détérioré
Douleur thoracique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/> Amélioré	<input type="checkbox"/> Stable / Inchangé	<input type="checkbox"/> Détérioré
Fatigue ou faiblesse généralisée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/> Amélioré	<input type="checkbox"/> Stable / Inchangé	<input type="checkbox"/> Détérioré

**RÉFÉRENCE**

Médecin

IPSPL

Clinique de dépistage COVID-19

Urgence

911 (ambulance)

À domicile

Autres : \_\_\_\_\_

**L'USAGER ÉTAIT CAPABLE DE DÉCRIRE**

Quels symptômes surveiller  
 Oui  Non

Quoi faire si les symptômes apparaissent  
 Oui  Non

Qui contacter pour avoir de l'information  
 Oui  Non

Qui contacter en cas de détresse psychosociale  
 Oui  Non

**INTERVENTIONS ET NOTES D'EXCEPTIONS**

Conseils

Informations

Enseignement

Nom de l'intervenant

Signature

Permis

aaaa/mm/jj