



ÉVALUATION DES CRITÈRES DE SÉVÉRITÉ CAS SUSPECTÉ OU CONFIRMÉ COVID-19

Date du début des symptômes du cas suspecté symptomatique ou du résultat positif (aaaa/mm/jj) : _____

FRÉQUENCE DE LA SURVEILLANCE : b.i.d et PRN selon le jugement clinique

Date (aaaa/mm/jj) :

Heure (hh : mm) :

RÉPONDRE PAR « O » pour oui OU « N » pour non

CRITÈRES SPÉCIFIQUES À L'ADULTE

Attention : si présence d'un « oui », contactez le médecin traitant	Détresse respiratoire significative ou rythme respiratoire de plus de 24/minute								
	Besoin supérieur ou égal à 40% d'O ₂ pour une saturation supérieure à 90% *								
	Instabilité hémodynamique persistante malgré une réanimation volémique adéquate								
	Tout usager intubé ou nécessitant une ventilation non invasive								
	Tout autre critère jugé par le clinicien comme étant un cas sévère *								
	Initiales : (signature obligatoire au verso du formulaire)								

* UNE NOTE D'OBSERVATION EST REQUISE

N.B. : Lors d'une évolution en soins de fin de vie, compléter plutôt le formulaire Surveillance en fin de vie de la COVID-19 avec ou sans perfusion continue (FP-CISSL-6389)

Nom :

Prénom :

Dossier :

CRITÈRES SPÉCIFIQUES À L'ENFANT

Attention : si présence d'un « oui », contactez le médecin traitant

Détresse respiratoire significative *								
Besoin supérieur ou égal à 30% d'O ₂ pour une saturation supérieure à 90% *								
Instabilité hémodynamique persistante malgré une réanimation volémique adéquate *								
Altération de l'état de conscience *								
Tout usager intubé ou nécessitant une ventilation non invasive								
Tout autre critère jugé par le clinicien comme étant un cas sévère								
CRITÈRES SPÉCIFIQUES À LA FEMME ENCEINTE								
Saturation inférieure à 95% à l'air ambiant *								
Usagère nécessitant de l'oxygène*								
Altération de l'état de conscience								
Instabilité hémodynamique *								
Tout autre cause d'hospitalisation aux soins intensifs								
Besoin supérieur ou égal à 30% d'O ₂ pour une saturation supérieure à 90% *								

Initiales : (signature obligatoire ci-dessous)

** UNE NOTE D'OBSERVATION EST REQUISE*

Date	Signature, Titre, #Permis	Initiales	Date	Signature, Titre, #Permis	Initiales