



## ÉVALUATION DE LA PERSONNE QUI RÉPOND AUX 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 :

Symptômes du groupe A (un des 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 récente ou toux chronique exacerbée	<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"/>

Symptômes du groupe B (au moins deux parmi les suivants)

• Symptôme général : douleurs musculaires, céphalée, fatigue intense ou importante perte d'appétit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Mal de gorge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Diarrhée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Chez l'enfant : vomissement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Plusieurs présentations cliniques atypiques possibles : dépistage et isolement selon jugement du clinicien	<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 \_\_\_\_\_

	Oui	Non
3. Répond aux critères de priorisation du test définis par la direction de la santé publique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### PROFESSIONNEL QUI EFFECTUE LE PRÉLÈVEMENT

Écouvillonnage nasopharyngé fait  Écouvillonnage oropharyngé fait  Écouvillonnage oronasopharyngé fait

Notes particulières : \_\_\_\_\_

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

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

Nom :

Prénom :

# Dossier :

**EXAMEN PHYSIQUE**

**INSPECTION :**

Évaluation de l'état mental :

- Capacité d'attention
  - Attentif  Non attentif
- État de conscience :
  - Hyperalerte
  - Alert
  - 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

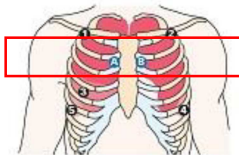
SpO<sub>2</sub> : \_\_\_\_\_

**AUSCULTATION :**

**Face antérieure**

Présence d'un bruit anormal :  Oui  Non

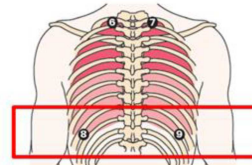
- Nommer si possible :  Sibilant
- Ronchis
  - Bronche droite (A)
  - Bronche gauche (B)



**Face postérieure**

Présence d'un bruit anormal :  Oui  Non

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



**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
- Écouvillonnage nasopharyngé fait  Écouvillonnage oropharyngé fait  Écouvillonnage oronasopharyngé fait

**ORIENTATION**

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

**NOTES PARTICULIÈRES**

---



---



---



---



---



---

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