

Questionnaire clinique pour la COVID-19 – PCI CISSS des Laurentides

PARTIE 1 – CONFIRMATION LABORATOIRE

• Avez-vous reçu un diagnostic de la COVID-19 (test de dépistage positif) dans les six derniers mois?

Si NON → Passer à la PARTIE 2

Si OUI il y a moins de 10 jours → Cas COVID + donc ne peut pas visiter un proche

Si OUI entre 10 jours et 28 jours → Valider avec l'usager s'il a été considéré guéri

Si OUI il y a plus de 28 jours → Cas guéri donc non suspecté

PARTIE 2 – CRITÈRES D'EXPOSITION

• Est-ce que vous avez eu un résultat positif à la COVID-19 dans le passé et une dose de vaccin depuis plus de 7 jours ou deux doses de vaccins depuis plus de 7 jours?

Si OUI → Passer à la PARTIE 3 | Si NON → ou Si personne immunosupprimée → Passer à la question suivante

• Avez-vous eu une exposition à risque modéré ou élevé à la COVID-19 dans les 14 derniers jours?

- Personne vivant sous le même toit ou partenaire intime d'une personne confirmée de la COVID-19 ou d'un contact de cas en attente d'un premier test;
- Contact domiciliaire : personne asymptomatique habitant avec une personne qui a des symptômes de la COVID-19 (sauf si la personne symptomatique a reçu un résultat de test négatif)
- Contact prolongé (> 15 minutes cumulatives ou continues), à moins de 2 mètres, avec une personne confirmée de la COVID-19 (sans port du masque chirurgical ou médical);
- Personne prodiguant des soins corporels à un cas confirmé de la COVID-19 ou personnel soignant en contact direct avec un cas confirmé de la COVID-19 (sans port EPI approprié);
- Personnel ayant eu un contact direct avec des liquides biologiques infectieux (expectorations ou crachats reçus dans le visage, les yeux, etc.);
- Exposition dans un milieu identifié comme « en éclosion » par la santé publique (école, restaurant, résidence pour personnes âgées, milieu de travail, etc.); séjour de plus de 24h dans un centre hospitalier en éclosion (hospitalisation ou séjour à l'urgence);
- Avoir été plus de 24h à l'extérieur du Canada.

Si OUI → Cas suspecté | Si NON → Passer à la PARTIE 3

PARTIE 3 – CRITÈRES CLINIQUES

• Est-ce que vous avez ou avez eu dans les 10 derniers jours 1 des symptômes suivants:

- | | | |
|--|---|----------------|
| • Fièvre ($\geq 38,1^{\circ}\text{C}$ buccale) | • Toux (nouvelle ou aggravée) | • Mal de gorge |
| • Difficultés respiratoires ou essoufflement (dyspnée) | • Anosmie soudaine (sans congestion nasale) avec ou sans agueusie | |

OU au moins 2 des symptômes suivants :

- | | | | |
|--|----------------------|-------------------|------------------------------|
| • Douleurs musculaires généralisées (non liées à un effort physique) | • Diarrhée | • Fatigue intense | |
| • Nausées ou vomissements | • Douleur abdominale | • Céphalée | • Perte d'appétit importante |

Si OUI → Cas suspecté Si NON → Cas non suspecté