



MOCLI60307

Installation : _____

Dossier : _____

Nom, prénom : _____

Date de naissance : _____ ☐ F ☐ M
aaaa/mm/jj

NAM : _____ Exp. _____
aaaa/mm

Nom, prénom de la mère : _____

COLLECTE DE DONNÉES TEST DE DÉPISTAGE DES VIRUS RESPIRATOIRES

Se référer aux documents de référence selon le milieu:

- ☐ RSI-6033 Initier un test diagnostique pour le virus du SARS-CoV-2, l'Influenza A, B ou le VRS et en assurer le suivi
- ☐ OC-6073 Initier un test diagnostique pour le virus du SRAS-CoV-2, l'Influenza A, B ou le VRS (Hôpital, CHSLD, MDA-MA, MRJAP et URFI)

COLLECTE DE DONNÉES

Lieu de dépistage : ☐ Point de service local (PSL) ☐ Milieu d'hébergement (CHSLD, RI, etc.) ☐ SAD ☐ Hôpital ☐ Autre : _____

Numéro de téléphone : _____ Langue : ☐ Français ☐ Anglais ☐ Autre : _____

Mode de transmission du résultat : ☐ Téléphone ☐ Courriel / Texto : _____

☐ Nom et coordonnées de la pharmacie de l'utilisateur : _____

Nom et coordonnées téléphoniques de la personne autorisée (si usager inapte ou mineur) : _____

Employé CISSMO : ☐ Oui, Numéro d'employé : _____ ☐ Non Lieu de travail : _____

☐ Consent à ce que ses informations soient acheminées au bureau de santé : santetravailleur.ciissmo16@ssss.gouv.qc.ca

Symptômes : ☐ Oui ☐ Non Début des symptômes : _____ ☐ Fièvre ☐ Anosmie/Agueusie ☐ Toux

☐ Maux de gorge ☐ Difficulté respiratoire/Essoufflement ☐ Rhinorrhée ou congestion nasale de cause inconnue

☐ Céphalée ☐ Fatigue ☐ Myalgie ☐ Perte d'appétit ☐ Nausées / Vomissements

☐ Douleur abdominale ☐ Diarrhée ☐ Autres : _____

CLIENTÈLE VISÉE PAR LE DÉPISTAGE

☐ Personne qui présente un **tableau clinique compatible avec une infection respiratoire aiguë ET** qui se trouve en **milieux de soins aigus** (ex. : urgence, unité de soins, etc.) OU en milieu d'hébergement (CHSLD, MDAA, MRJAP et URFI).

☐ Personne qui présente un **tableau clinique compatible avec une infection respiratoire aiguë ET** qui est **hébergée dans un milieu de vie/ressource** visé afin de mettre en place des précautions additionnelles dans le but de prévenir les éclosions (ex. : SAD, PEIO, UTRF, RNI, RI, etc.), selon les directives de l'équipe traitante ou du service de PCI.

☐ **Personne vulnérable** qui présente un **tableau clinique compatible avec une infection respiratoire aiguë** pour lequel un traitement contre la COVID-19 (ex. : [Paxlovid](#)) est envisagé.

☐ **Personne vulnérable** qui présente un **tableau clinique compatible avec une infection respiratoire aiguë** pour lequel un traitement contre l'influenza (ex. : [Tamiflu](#)) est envisagé, et ce, durant la saison d'activité grippale uniquement.

☐ Personne identifiée comme un **contact étroit** avec un cas confirmé par laboratoire durant sa période de contagiosité, et ce, en présence ou non de symptômes selon les directives de l'équipe traitante ou par le service de PCI.

☐ **Toutes autres indications** à la discrétion des directeurs de santé publique, d'un microbiologiste-infectiologue ou du service de PCI, particulièrement pendant la saison grippale, chez les usagers symptomatiques ou non.

☐ **Travailleur de la santé et des services sociaux** (y compris les stagiaires) en contact avec des usagers **ET** qui présente un **tableau clinique compatible à une infection respiratoire aiguë** :

→ Saison grippale : Possibilité de dépister le SARS-CoV-2 (COVID-19) uniquement par gargarisme **OU** les virus du SARS-CoV-2, l'Influenza A, B ou le VRS à l'aide d'un Quadruplex.

→ Hors saison grippale : Seul le dépistage du SARS-CoV-2 (COVID-19) par gargarisme est possible.

Signature et titre : _____ Heure : _____ Date : _____

NOTES COMPLÉMENTAIRES

Signature et titre : _____ Heure : _____ Date : _____

CONSTAT ET INTERVENTIONS

Contre-indications au prélèvement : ☐ Aucune

- Oropharyngé :** ☐ Laryngospasme (stridor) / Épiglottite ☐ Blessure sévère au cou, visage et tête / Fracture base crâne
☐ Chirurgie récente à la bouche ☐ Dents et implants dentaires instables / Spasmes mâchoire
- Nasopharyngé :** ☐ Obstruction des voies nasales / Déviation sévère ☐ Chirurgie nasale récente / rhinoplastie / Fracture base crâne
☐ Fracture du nez récente (moins d'un mois) ☐ Épistaxis active ou récente (moins de 7 jours)
- Gargarisme :** ☐ Enfants de moins de 5 ans ☐ Incapacité à se gargariser (ex. : troubles cognitifs)
☐ Symptômes depuis 7 jours ou plus

→ Prélèvement par gargarisme : s'assurer que l'utilisateur n'a pas mangé, bu, fumé, vapoté, brossé ses dents ou mâché de la gomme 1 h avant

Consentement verbal : Usager ou la personne autorisée consent au : ☐ Prélèvement ☐ Mode de transmission du résultat**Dépistage :** ☐ Oropharyngé ☐ Nasopharyngé ☐ Gargarisme ☐ Non effectué☐ Référer au site : quebec.ca/santé☐ Aviser l'utilisateur de se présenter à l'urgence si détérioration de son état général, le cas échéant.☐ Référer usager pour évaluation clinique Référé à : _____

Préciser le motif : _____

* { Allergies : ☐ Oui ☐ Non Préciser : _____
 * { Signes vitaux : FR : _____ / min Sat : _____ % AA Température : _____ C° TA : _____ / _____ mm Hg Pouls : _____ / min

* **En point de service local :** selon l'état de l'utilisateur, noter les allergies et prendre les signes vitaux.

Pour les autres milieux, inscrire les signes vitaux à l'endroit prévu à cet effet dans le dossier de l'utilisateur.

Signature et titre : _____ Heure : _____ Date : _____

SUIVI DES RÉSULTATS

Les résultats seront acheminés au médecin / IPS / infirmière désignée et à la DSPu, selon les modalités en vigueur.

Réception du résultat du prélèvement Date : _____ ☐ Négatif ☐ Positif ☐ Non conforme**COVID-19 :** ☐ Négatif ☐ Positif ☐ Non conforme**Influenza A :** ☐ Négatif ☐ Positif ☐ Non conforme**Influenza B :** ☐ Négatif ☐ Positif ☐ Non conforme**VRS :** ☐ Négatif ☐ Positif ☐ Non conforme

Signature et titre : _____ Heure : _____ Date : _____

POUR LES MILIEUX VISÉS PAR L'OC : communiquer les résultats au médecin/IPS ciblé selon le milieu et documenter vos interventions dans les notes complémentaires ici-bas et classer le formulaire au dossier.**POUR LES MILIEUX VISÉS PAR LA RSI :** l'infirmière désignée assure le suivi et la divulgation du résultat selon les modalités ci-dessous :

- **PSL :** Pour les usagers inscrits à la plateforme Clic santé, les résultats négatifs ou positifs seront divulgués par courriel selon les modalités en vigueur. L'utilisateur est informé de communiquer aux coordonnées transmises, s'il n'obtient pas son résultat.
- **TdeS :** Le suivi des résultats est assuré par une infirmière du bureau de santé : santetravailleur.ciassmo16@ssss.gouv.qc.ca. Le présent formulaire doit être complété et envoyé au PSL où a eu lieu le dépistage afin d'être classé au dossier de l'utilisateur.

SI LE PRÉLÈVEMENT EST NÉGATIF☐ Aviser l'utilisateur ou la personne autorisée par téléphone ou tel que convenu : _____☐ Aviser l'utilisateur de poursuivre l'observation de ses symptômes, lui transmettre les consignes d'usage pour limiter la transmission des infections des voies respiratoires et lui fournir les ressources en cas de détérioration de son état.☐ **Résultat négatif à l'Influenza :** Si des antiviraux contre l'influenza ont été débutés, communiquer le résultat à l'utilisateur **ET** au professionnel qui a initié le traitement (pharmacien, médecin ou IPS) de l'utilisateur afin que le traitement soit cessé (avec accord de l'utilisateur).**SI LE PRÉLÈVEMENT EST POSITIF**☐ Aviser l'utilisateur ou la personne autorisée par téléphone ou tel que convenu : _____☐ Questionner l'utilisateur sur son état (préciser les éléments de la collecte de données dans les notes complémentaires)

- Au besoin, référer l'utilisateur selon sa condition (ex : traitement antiviral, détérioration de l'état, etc.) :

☐ Médecin de famille/IPS ☐ Pharmacien ☐ GAP/811 ☐ Urgence / 911☐ Aviser l'utilisateur de poursuivre l'observation de ses symptômes, lui transmettre les consignes d'usages pour limiter la transmission des infections des voies respiratoires et lui fournir les ressources en cas de détérioration de son état.☐ **Aucune réponse lors de l'appel** ☐ Message vocal laissé : _____ Heure : _____ Date : _____

Signature et titre : _____ Heure : _____ Date : _____

NOTES COMPLÉMENTAIRES

Signature et titre : _____ Heure : _____ Date : _____