

Installation : _____

Dossier : _____
 Nom, Prénom : _____
 Date de naissance : _____ ☐ F ☐ M
 aaaa-mm-jj
 NAM : _____ Exp. _____
 aaaa-mm
 Nom de la mère : _____

ADMISSION EN CHSLD DÉPISTAGE COVID-19

Consignes : Cet outil doit être complété par le professionnel en charge de l'admission de l'utilisateur après un séjour en zone tampon.

1. L'utilisateur a-t-il été testé positivement à la COVID-19?

☐ Oui ☐ Non

Si oui, inscrire la date du test : _____
 aaaa-mm-jj

→ L'utilisateur devrait être rétabli de la maladie avant d'être admis

2. S'assurer que l'utilisateur ayant été testé positif répond à ces critères?

- ☐ Période d'au moins 14 jours après le début de la maladie aiguë ou 21 jours pour usagers sous corticostéroïdes, les immunodéprimés et ceux aux soins intensifs;
- ☐ Absence de fièvre depuis 48 heures;
- ☐ Absence de symptôme aigu depuis 24 heures;
- ☐ PCR négatif sur au moins deux échantillons respiratoires consécutifs prélevés à 24 heures d'intervalle après la résolution de la maladie aiguë

Si oui, inscrire les dates des tests : #1 : _____ #2 : _____
 aaaa-mm-jj aaaa-mm-jj

→ Si répond à ces critères : **Zone froide**

3. Dans les 14 derniers jours, l'utilisateur a-t-il été en contact avec une personne qui a voyagé à l'extérieur du pays ou qui a été testée positivement à la COVID-19 ou provient d'un établissement en éclosion?

☐ Oui ☐ Non

→ Si oui, placer l'utilisateur en précautions additionnelles gouttelettes-contact dans la **Zone froide (zone quarantaine)**

4. Dans les 14 derniers jours, l'utilisateur a-t-il présenté de la fièvre ou de la toux (fièvre gériatrique 37,8°C ou 1,1°C au-dessus de la valeur normale de la personne)?

☐ Oui ☐ Non

Si présence de fièvre, qu'elle était la cause? _____

→ Si fièvre pour cause d'infection urinaire, d'infection de plaie, etc. : isolement préventif dans la **Zone froide**

→ Si fièvre peut être associée au Covid-19 : **Zone tiède**

5. Dans les 14 derniers jours, l'utilisateur a-t-il présenté l'un des signes gériatriques suivants :

- ☐ Changement **dans l'autonomie fonctionnelle**
- Chute, incontinence nouvelle
 - Diminution de la capacité fonctionnelle dans les AVQ
 - Diminution de la participation à ses soins
- ☐ Changement **dans l'état mental**
- Désorientation nouvelle, désorganisation de la pensée, etc.
 - Délirium (apparition subite, inattention, modification dans l'état de conscience, désorganisation de la pensée)
- ☐ Changement **dans le comportement**
- Comportement d'agitation avec ou sans agressivité
 - Ralentissement psychomoteur
 - Perte d'appétit ou perturbation du sommeil

Si oui, est-ce qu'une cause d'infection a été identifiée ou une autre cause qui ne peut être en lien avec la COVID-19?

☐ Oui ☐ Non

→ Si oui : isolement préventif à la **Zone froide**

→ Si non : isolement à la **Zone tiède**

Consulter les Annexes B et C « Trajectoire d'admission en CHSLD en contexte de la COVID-19 » de la PRO-10192

Ce formulaire est adapté d'un document produit par le ministère de la Santé et des Services sociaux « Coronavirus COVID-19 : Consignes pour les CHSLD ».

Nom de l'intervenant(e) : _____

Signature de l'intervenant(e) et titre: _____ Date : _____

aaaa-mm-jj