

Installation : \_\_\_\_\_

Dossier : \_\_\_\_\_

Nom, Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ ☐ F ☐ M  
aaaa-mm-jj

NAM : \_\_\_\_\_ Exp. \_\_\_\_\_  
aaaa-mm

Nom, Prénom de la mère : \_\_\_\_\_

## TEST DE DÉPISTAGE COVID-19 DÉPISTAGE DE MASSE DES USAGERS

Consigne : Se référer à l'OC-6073 *Effectuer un test diagnostique pour le virus du SARS-CoV-2 par écouvillonnage nasopharyngé et oropharyngé*

Date du dépistage : \_\_\_\_\_ aaaa/mm/jj

☐ **Aucun symptôme**

**Priorité :** ☐ **M6** Lors d'éclosion, usagers en milieu de soins, d'hébergement, de réadaptation, milieu carcéral ou autre milieu à risque, sur recommandation du DPSu, d'un microbiologiste-infectiologue ou d'un officier PCI

☐ **M13** Contacts étroits et prolongés sans symptômes d'un cas COVID-19 positif sur recommandation du DSPu

**Contre-indications au prélèvement :** ☐ Aucune

**Oropharyngé :** ☐ Laryngospasme (stridor) ☐ Blessure sévère au cou, visage et tête  
☐ Chirurgie récente à la bouche ☐ Dents et implants dentaires instables

**Nasopharyngé :** ☐ Obstruction des voies nasales ☐ Chirurgie nasale récente / rhinoplastie  
☐ Fracture du nez récente (moins d'un mois) ☐ Épistaxis active ou récente (moins de 7 jours)

**Consentement verbal :** ☐ Usager ou son représentant légal consent à ce qu'on effectue le prélèvement ☐ Refus\*

**Dépistage :** ☐ Oropharyngé ☐ Nasopharyngé ☐ Non effectué Préciser : \_\_\_\_\_

☐ Référer usager pour évaluation clinique (selon OC-6073), Référé à : \_\_\_\_\_

Préciser le motif : \_\_\_\_\_

Signature et titre : \_\_\_\_\_ Heure : \_\_\_\_hh:mm Date : \_\_\_\_aaaa/mm/jj

Date du dépistage : \_\_\_\_\_ aaaa/mm/jj

☐ **Aucun symptôme**

**Priorité :** ☐ **M6** Lors d'éclosion, usagers en milieu de soins, d'hébergement, de réadaptation, milieu carcéral ou autre milieu à risque, sur recommandation du DPSu, d'un microbiologiste-infectiologue ou d'un officier PCI

☐ **M13** Contacts étroits et prolongés sans symptômes d'un cas COVID-19 positif sur recommandation du DSPu

**Contre-indications au prélèvement :** ☐ Aucune

**Oropharyngé :** ☐ Laryngospasme (stridor) ☐ Blessure sévère au cou, visage et tête  
☐ Chirurgie récente à la bouche ☐ Dents et implants dentaires instables

**Nasopharyngé :** ☐ Obstruction des voies nasales ☐ Chirurgie nasale récente / rhinoplastie  
☐ Fracture du nez récente (moins d'un mois) ☐ Épistaxis active ou récente (moins de 7 jours)

**Consentement verbal :** ☐ Usager ou son représentant légal consent à ce qu'on effectue le prélèvement ☐ Refus\*

**Dépistage :** ☐ Oropharyngé ☐ Nasopharyngé ☐ Non effectué Préciser : \_\_\_\_\_

☐ Référer usager pour évaluation clinique (selon OC-6073), Référé à : \_\_\_\_\_

Préciser le motif : \_\_\_\_\_

Signature et titre : \_\_\_\_\_ Heure : \_\_\_\_hh:mm Date : \_\_\_\_aaaa/mm/jj

\* En présence d'un refus, compléter la section « Notes complémentaires ».

Nom :

Prénom :

#Dossier :

Date du dépistage : \_\_\_\_\_aaaa/mm/jj

☐ **Aucun symptôme**

**Priorité :** ☐ **M6** Lors d'éclosion, usagers en milieu de soins, d'hébergement, de réadaptation, milieu carcéral ou autre milieu à risque, sur recommandation du DPSu, d'un microbiologiste-infectiologue ou d'un officier PCI

☐ **M13** Contacts étroits et prolongés sans symptômes d'un cas COVID-19 positif sur recommandation du DSPu

**Contre-indications au prélèvement :** ☐ Aucune

**Oropharyngé :** ☐ Laryngospasme (stridor) ☐ Blessure sévère au cou, visage et tête  
☐ Chirurgie récente à la bouche ☐ Dents et implants dentaires instables

**Nasopharyngé :** ☐ Obstruction des voies nasales ☐ Chirurgie nasale récente / rhinoplastie  
☐ Fracture du nez récente (moins d'un mois) ☐ Épistaxis active ou récente (moins de 7 jours)

**Consentement verbal :** ☐ Usager ou son représentant légal consent à ce qu'on effectue le prélèvement ☐ Refus\*

**Dépistage :** ☐ Oropharyngé ☐ Nasopharyngé ☐ Non effectué Préciser : \_\_\_\_\_

☐ Référer usager pour évaluation clinique (selon OC-6073), Référé à : \_\_\_\_\_

Préciser le motif : \_\_\_\_\_

Signature et titre : \_\_\_\_\_ Heure : \_\_\_\_\_hh:mm Date : \_\_\_\_\_aaaa/mm/jj

Date du dépistage : \_\_\_\_\_aaaa/mm/jj

☐ **Aucun symptôme**

**Priorité :** ☐ **M6** Lors d'éclosion, usagers en milieu de soins, d'hébergement, de réadaptation, milieu carcéral ou autre milieu à risque, sur recommandation du DPSu, d'un microbiologiste-infectiologue ou d'un officier PCI

☐ **M13** Contacts étroits et prolongés sans symptômes d'un cas COVID-19 positif sur recommandation du DSPu

**Contre-indications au prélèvement :** ☐ Aucune

**Oropharyngé :** ☐ Laryngospasme (stridor) ☐ Blessure sévère au cou, visage et tête  
☐ Chirurgie récente à la bouche ☐ Dents et implants dentaires instables

**Nasopharyngé :** ☐ Obstruction des voies nasales ☐ Chirurgie nasale récente / rhinoplastie  
☐ Fracture du nez récente (moins d'un mois) ☐ Épistaxis active ou récente (moins de 7 jours)

**Consentement verbal :** ☐ Usager ou son représentant légal consent à ce qu'on effectue le prélèvement ☐ Refus\*

**Dépistage :** ☐ Oropharyngé ☐ Nasopharyngé ☐ Non effectué Préciser : \_\_\_\_\_

☐ Référer usager pour évaluation clinique (selon OC-6073), Référé à : \_\_\_\_\_

Préciser le motif : \_\_\_\_\_

Signature et titre : \_\_\_\_\_ Heure : \_\_\_\_\_hh:mm Date : \_\_\_\_\_aaaa/mm/jj

#### Divulgarion lors d'un résultat positif

☐ Je reconnais avoir informé l'usager et/ou son représentant légal que la COVID-19 est une maladie à déclaration obligatoire (MADO). Ainsi, en présence de cas positif ou d'éclosion à la COVID-19, le CISSS de la Montérégie-Ouest, dans le cadre de l'application de la *Loi sur la Santé publique*, est tenu de divulguer la présence de COVID-19 dans ces installations.

Signature et titre : \_\_\_\_\_ Heure : \_\_\_\_\_hh:mm Date : \_\_\_\_\_aaaa/mm/jj

#### Notes complémentaires

|            |       |  |
|------------|-------|--|
| aaaa/mm/jj | hh:mm |  |
| aaaa/mm/jj | hh:mm |  |
| aaaa/mm/jj | hh:mm |  |
| aaaa/mm/jj | hh:mm |  |
| aaaa/mm/jj | hh:mm |  |
| aaaa/mm/jj | hh:mm |  |
| aaaa/mm/jj | hh:mm |  |

\* En présence d'un refus, compléter la section « Notes complémentaires ».