MR60766

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec

Québec

PRÉTRIAGE CLINIQUE DÉSIGNÉE D'ÉVALUATION COVID-19

Identification de l'usager

Dossier : _____
Nom : _____
Prénom : _____
D.D.N. _____ - _____ - _____
AAAA MM JJ

Nº de téléphone:_____
Numéro d'assurance maladie :_____
Nom de la pharmacie : _____
Lieu de résidence :_____
Référé par : ☐ Clinique / GMF _____ ☐ Info-santé ☐ Ligne COVID(1-877) ☐ GAMF
☐ Accueil évaluation Orientation (AEO) ☐ Médecin de famille _____
☐ Autre :_____
☐ Nom de l'urgence :_____

1-INDICATIONS AU DÉPISTAGE COVID-19 ET PERSONNES VISÉES

☐ L'usager a déjà eu un dépistage COVID. Résultat : ☐ Positif ☐ Négatif ☐ En attente

L'usager doit répondre à **être une personne visée** ET **aux critères cliniques** de la COVID-19 selon **la DSP MCQ** (voir Guide de complétion MR60766).

Personnes Visées ☐ Oui ☐ Non

Travailleur de la santé du CIUSSS MCQ ☐ Oui ☐ Non

Symptômes cliniques ☐ Oui ☐ Non

Symptômes cliniques de la COVID-19 (voir Guide de complétion MR60766)

Présente au moins un (1) critère

_____

_____

OU

Présente au moins deux (2) symptômes

_____

_____

Date de début des symptômes AAAA-MM-JJ: _____

2-AUTRES SYMPTÔMES INFECTIEUX : (Voir guide de complétion MR60766**)**

☐ Congestion nasale ☐ Expectoration aspect :_____ ☐ Écoulement nasal
☐ Myalgie ☐ Douleur abdominale ☐ Fatigue inhabituelle importante ☐ Diarrhée
☐ Nausée ☐ Vomissement ☐ Autre :_____
Date de début des symptômes AAAA-MM-JJ:_____

3-☐ Symptômes sévères (En présence d'un de ces symptômes, référer l'usager vers l'urgence pour une prise en charge, voir le Guide de complétion MR60766)

Raison de consultation :

_____

Nom : Prénom : Nº dossier :

NOTES COMPLÉMENTAIRES :

_____

_____

_____

Conduite à tenir :

Référence clinique « froide »

☐ Référer l'usager dans sa clinique ou son GMF. Précisez :_____

☐ Référer l'usager orphelin au GAMF par télécopieur (819 478-6157)

Si toutes les conditions suivantes sont présentes :

- ☐ Absence d'indication de dépistage COVID-19
- ☐ N'est pas en période de quarantaine à la suite d'un dépistage COVID-19
- ☐ N'est pas en attente d'un résultat à la suite d'un dépistage COVID-19
- ☐ Ne présente aucun symptôme de SAG ou de gastro-entérite
- ☐ Ne présente aucun symptôme sévère

Référence clinique « chaude »

☐ Référer dans une **clinique désignée d'évaluation (CDE)**

Si le formulaire a été **rempli par un GMF, une clinique privée ou à l'urgence**, télécopier le formulaire au **819 474-2828**. Les rendez-vous seront donnés dans les 24 à 48 heures.

☐ Arthabaska-et-de-L'Érable (AE) ☐ Drummondville (Drummond ☐ Haut-Saint-Maurice (HSM)
☐ Trois-Rivières ☐ Énergie Date : AAAA-MM-JJ_____ Heure :HH :MM _____

Conditions obligatoires :

- ☐ Ne présente aucun symptôme sévère
- ☐ Nécessite une évaluation médicale
- ☐ Présente les critères d'indication du dépistage COVID-19
- ☐ Nécessite une évaluation médicale et une indication du dépistage du COVID-19
- ☐ Présente des symptômes de SAG ou de gastro-entérite

Recommandation d'usage faite à l'usager

☐ Usager avisé de consulter à nouveau si augmentation et/ou apparition de nouveaux symptômes
☐ **Référer à la ligne 811** si présente un autre problème de santé non-urgent
☐ **Référer à l'urgence** si présence d'un problème de santé urgent selon jugement de l'infirmière

Référence médicale particulière

☐ Contacter le professionnel requérant (nom en lettre moulées) :_____
et téléphone_____ avant le rendez-vous de l'usager (discussion de cas).

☐ Contacter la centrale de rendez-vous, si vous avez des questions concernant la prise de rendez-vous de l'un de vos usagers, vous pouvez appeler au 819 519-3070. **Cette ligne est réservée aux professionnels de la santé**. Aucun rendez-vous ne sera attribué via la ligne téléphonique.

Nom et titre du professionnel de la santé :_____

Signature _____ Nº de permis : _____Date : _____ Heure : _____
AAAA-MM-JJ HH : MM