



MR60767

Identification de l'utilisateur

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

**FORMULAIRE D'ÉVALUATION - CLINIQUE
DÉSIGNÉE ÉVALUATION COVID-19**

Raison de consultation : _____

Allergie : _____ Nom du médecin de famille : _____

Voir formulaire Prétriage téléphonique pour les cliniques désignées d'évaluation COVID-19 (FOR-15-886) et passer à la page 2.

<p>Référé par :</p> <p><input type="checkbox"/> Clinique/GMF : _____</p> <p><input type="checkbox"/> Info-santé</p> <p><input type="checkbox"/> Ligne COVID (1-877)</p> <p><input type="checkbox"/> Accueil Évaluation Orientation (AEO)</p> <p><input type="checkbox"/> GAMF</p> <p><input type="checkbox"/> Autre : _____</p> <p><input type="checkbox"/> Médecin de famille : _____</p> <p>Nom de la pharmacie : _____</p>	<p>Dépistage COVID-19 :</p> <p><input type="checkbox"/> L'utilisateur n'a jamais eu de dépistage COVID-19</p> <p><input type="checkbox"/> L'utilisateur a déjà eu un dépistage COVID</p> <p>Date du dépistage AAAA-MM-JJ : _____</p> <p>Résultat : <input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> En attente</p> <p><input type="checkbox"/> Réponds aux critères et symptômes pour un dépistage</p> <p><input type="checkbox"/> Ne réponds pas aux critères et symptômes pour un dépistage</p>
---	--

SYMPTÔMES CLINIQUES COVID
 Date de début des symptômes AAAA-MM-JJ : _____ initial du professionnel : _____

Fièvre	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Fatigue inhabituelle importante :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Mal de gorge :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Myalgie :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Toux :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Céphalée :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Anosmie/Agueusie (perte totale de l'odorat/gout) :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Douleur abdominale :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Essoufflement, difficulté à la respiration :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Diarrhée :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
		Nausée :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
		Vomissement :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

AUTRES SYMPTÔMES
 Date de début des symptômes AAAA-MM-JJ : _____ Initiales du professionnel : _____

Écoulement nasal :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Autre(s) symptôme(s) : _____ _____ _____
Congestion nasale :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Expectoration :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Aspect : _____	

Nom :

Prénom :

N° dossier :

DONNÉES À RECUEILLIR			
Initiales du professionnel : _____			
Tension artérielle :	mm Hg	Respiration :	/min
Pouls :	Battements/min	Température :	°C <input type="checkbox"/> Buccale <input type="checkbox"/> Rectale
Saturation :	%	Poids :	kg
SIGNES ET SYMPTÔMES SÉVÈRES			
Tout critère jugé sévère par le clinicien (ex. : altération de l'état de conscience)			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Fréquence respiratoire supérieure ou égale 24/min. ou détresse respiratoire aiguë			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
USAGER À RISQUE DE COMPLICATIONS			
Immunodéprimé :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Atteint d'une maladie chronique :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) <input type="checkbox"/> Asthme <input type="checkbox"/> Diabète <input type="checkbox"/> Hypertension artérielle (HTA) <input type="checkbox"/> Maladie coronarienne athérosclérotique (MCAS) <input type="checkbox"/> _____		
Âgé de 70 ans et plus :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Évaluation et examen physique :			

NOTES COMPLÉMENTAIRES			



MR60767

Identification de l'utilisateur

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

**FORMULAIRE D'ÉVALUATION - CLINIQUE
DÉSIGNÉE ÉVALUATION COVID-19**

Impression Diagnostique : (Sans objet)

- Infection des voies respiratoires supérieures (IVRS) Syndrome d'allure grippal Pharyngite
 Bronchite Otite moyenne aiguë (OMA)
 Sinusite COVID à éliminer Pneumonie à éliminer
 Autre _____

Plan et Recommandations: (Sans objet)

Traitement conservateur : hydratation, toilette nasale, lavage des mains. Acétaminophène et AINS au besoin en l'absence de contre-indications (HTA, MCAS, dyspepsie, antécédents d'ulcère digestive.)

Consulter à nouveau au besoin.

- Culture de gorge Radiographie pulmonaire Bilan sanguin
 Prélèvement SARS -Cov -2 fait (selon les critères du *FOR-15-880_Note d'évaluation de l'infirmière clinique désignée COVID-19*)
 Arrêt de travail AAAA-MM-JJ : _____
 Isolement à domicile
 Feuillelet information remis (isolement / bonne mesure hygiène)
 Référer à l'urgence si présence d'un problème de santé urgent selon jugement et aviser ASI de l'urgence
 Autre _____

Nom et titre du professionnel de la santé (en lettres moulées) : _____

Signature : _____ N° de permis : _____ Date : _____ Heure : _____
AAAA-MM-JJ HH : MM

Nom et titre du professionnel de la santé (en lettres moulées) : _____

Signature : _____ N° de permis : _____ Date : _____ Heure : _____
AAAA-MM-JJ HH : MM

Nom et titre du professionnel de la santé (en lettres moulées) : _____

Signature : _____ N° de permis : _____ Date : _____ Heure : _____
AAAA-MM-JJ HH : MM