



MR60776

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



**GRILLE SYMPTÔMES
COMPATIBLES COVID-19
PLANIFICATION DÉPART MILIEU DE VIE**

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

Compléter la grille la journée du départ vers le milieu de vie:

Résidence privée pour aînés (RPA), résidence non-institutionnelle (RNI), ressource intermédiaire et de type familiale (RI-RTF), lit de post-hospitalisation hors centre hébergement de longue durée (LPH hors CHSLD), lit pour niveaux de soins alternatifs (NSA).

Date AAAA-MM-JJ : _____ - _____ - _____

Prélèvement de COVID fait le : Date AAAA-MM-JJ: _____ - _____ - _____

Résultat du dépistage : Négatif Positif

SYMPTÔMES COMPATIBLES COVID-19

Est-ce que l'utilisateur présente au moins un (1) des symptômes cliniques suivants : Oui Non

- Fièvre (> 38°C) Toux récente ou toux chronique exacerbée Difficultés respiratoires
 Anosmie (perte de l'odorat) d'apparition brutale sans congestion nasale avec ou sans agueusie (perte de goût).

OU

Est-ce que l'utilisateur présente au moins deux (2) symptômes parmi les suivants (A, B et C) :

Oui Non

- A. Au moins 1 symptôme général : Douleurs musculaires Céphalée Fatigue intense
 Importante perte d'appétit
B. Mal de gorge
C. Diarrhée

DATE DU DÉBUT DES SYMPTÔMES (documenter la date de début si présence d'un symptôme)

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

NOTES COMPLÉMENTAIRES

**ENVOYER LA GRILLE COMPLÉTÉE ET LE RÉSULTAT DU DÉPISTAGE COVID À
L'INTERVENANT DE LIAISON.**

Nom et prénom (lettres moulées) : _____

Signature de l'infirmière : _____

Date AAAA-MM-JJ: _____ - _____ - _____