



MR60790

**PRÉTRIAGE TÉLÉPHONIQUE GUICHET
D'ACCÈS À UN MÉDECIN DE FAMILLE
(GAMF)**

Identification de l'utilisateur

:
Nom : _____
Prénom : _____
Adresse: _____
Téléphone: _____
D.D.N. _____ - _____ - _____
AAAA MM JJ

Numéro d'assurance maladie : _____

Référé par : GAMF Autre : _____

1-INDICATIONS AU DÉPISTAGE COVID-19 ET PERSONNES VISÉES

L'utilisateur a déjà eu un dépistage COVID.

Résultat : Positif Négatif En attente

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

Personne visée : 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-SYMPTÔMES INFECTUEUX : (voir Guide de complétion MR60766)

Congestion nasale Expectoration aspect : _____ Écoulement nasal

Myalgie Douleur abdominale Diarrhée

Fatigue inhabituelle importante Nausée

Vomissement Autre : _____

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

3- Symptômes sévères

En présence d'un de ces symptômes, référer l'utilisateur vers l'urgence pour une prise en charge, voir le Guide de complétion MR60766.

RAISON DE CONSULTATION :

Nom :

Prénom :

N° dossier :

NOTES COMPLÉMENTAIRES :

CONDUITE À TENIR :

Référence clinique « froide »

Référer l'usager dans une clinique ou un groupe de médecins de famille (GMF)

Précisez : _____

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 d'allure grippale (SAG) ou de gastro-entérite
- Ne présente aucun symptôme sévère

Référence clinique « chaude »

Donner un rendez-vous dans une clinique désignée d'évaluation (CDE)

Date AAAA-MM-JJ : _____ et heure HH:MM : _____

Acheminer le document par courriel :

- Arthabaska-et-de-L'Érable Drummondville Énergie
- Haut-Saint-Maurice Trois-Rivières

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 COVID-19
- Présente des symptômes de SAG ou de gastro-entérite

Recommandation d'usage faite à l'usager :

- Usager avisé de nous contacter 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 le jugement de l'infirmière

Nom et titre du professionnel de la santé : _____

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