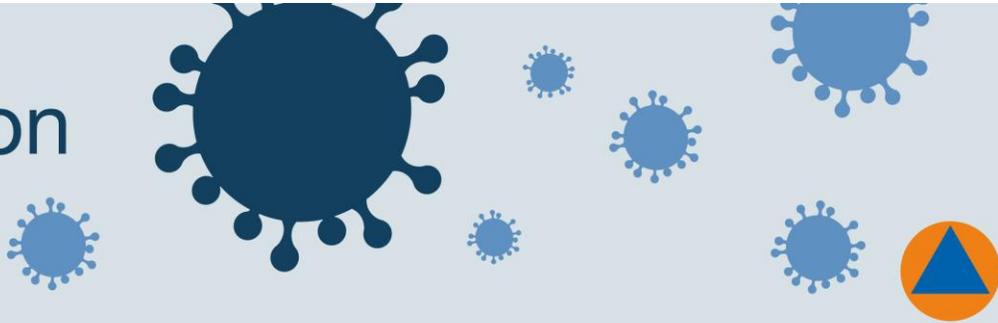


Communication COVID-19



DESTINATAIRES : À tous les médecins, les professionnels qui effectuent des tests de dépistage COVID-19, les gestionnaires et le personnel des laboratoires

DATE : Le 7 mai 2020

OBJET : Mise à jour de la requête et du Guide de saisie de dépistage de la COVID-19

Veillez prendre note que la requête à utiliser dans le cadre d'un dépistage de la COVID-19 a été mise à jour. Celle-ci est ajustée en fonction des nouveaux critères émis par le MSSS. Le *Guide de saisie* a également été mis à jour.

Nous vous rappelons que la complétion de cette requête est obligatoire lors de tout dépistage de la COVID-19 et doit être utilisée par tout professionnel effectuant un test de dépistage. Les informations requises sont extrêmement importantes et nous en appelons à votre rigueur pour compléter chaque section de façon lisible.

Processus d'approvisionnement de la requête :

- Tous les départements identifiés ci-contre seront automatiquement approvisionnés par le magasinier avec la nouvelle version de la requête d'ici au plus tard vendredi le 8 mai, soit :
 - Urgences
 - Soins intensifs
 - Cliniques de dépistage
 - Cliniques d'évaluation
 - Unités COVID
 - Sites non traditionnels (SNT)
- Tous les autres départements ont la responsabilité de procéder aux photocopies de la nouvelle requête et de s'assurer de jeter toute version antérieure. Vous pouvez procéder dès maintenant.

Nous vous remercions de votre collaboration,

Annick Bouchard

Directrice clinico-administrative Optilab et Directrice adjointe
Direction des services multidisciplinaires,
volet services diagnostiques et télésanté

p.j. Requête dépistage COVID
Guide de saisie

Requête demande de dépistage de la COVID-19

Nom :		
Prénom :		
Date de naissance :		
RAMQ :		
Sexe :	<input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> M
Provenance :		

ANALYSE COVID-19	Date de la demande :	
Type d'échantillon :		
<input type="checkbox"/> Écouvillonnage nasopharyngé et pharyngé	<input type="checkbox"/> Expectoration	<input type="checkbox"/> Autre (préciser) :

INFORMATIONS CLINIQUES OBLIGATOIRES

Identifier le groupe (selon MSSS) – VOIR VERSO POUR DÉFINITION						
<input type="checkbox"/> G1	<input type="checkbox"/> G2	<input type="checkbox"/> G3	<input type="checkbox"/> G4	<input type="checkbox"/> G5	<input type="checkbox"/> G6	
Symptômes :						
<input type="checkbox"/> Fièvre	<input type="checkbox"/> Toux	<input type="checkbox"/> Dyspnée	<input type="checkbox"/> Mal de gorge			
<input type="checkbox"/> Anosmie	<input type="checkbox"/> Autres (préciser) :					
Facteurs de risque de complication?	<input type="checkbox"/> Non		<input type="checkbox"/> Oui			
Enquête épidémiologique?	<input type="checkbox"/> Non		<input type="checkbox"/> Oui			
Travailleur CISSS CA :						
<input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> Salarié	<input type="checkbox"/> Médecin	<input type="checkbox"/> Résident	<input type="checkbox"/> Stagiaire	<input type="checkbox"/> Bénévole	<input type="checkbox"/> Autre :
Autre travailleur de la santé (inscrire le nom de l'établissement) :						
<input type="checkbox"/> RPA	<input type="checkbox"/> RI/RTF		<input type="checkbox"/> CHSLD privé			
Usager hébergé en :						
<input type="checkbox"/> CHSLD	<input type="checkbox"/> RI/RTF	<input type="checkbox"/> RPA	<input type="checkbox"/> N/A			
Coordonnées pour transmission des résultats						
Cellulaire :		Résidence :		Courriel :		

Informations supplémentaires

Prescripteur obligatoire (Directrice de la santé publique) :

Prescripteur : Romero Chica, Liliana No permis : 18623

Si usager à l'urgence ou hospitalisé :

Prescripteur : No permis :

Identification spécimen : Utiliser étiquette Avery Modèle # 51660 dimension 1 X 2 5/8 pouces

Indiquez obligatoirement sur l'étiquette en lettre moulées:

Nom prénom

Date de naissance

Nom : Tralala

Prénom : Lala

Date de naissance : 2005-09-19

RAMQ : TRALL12345678

EXEMPLE →

LÉGENDE DES PRIORITÉS :

Dernière mise à jour : 20-05-01

Nous entendons par symptomatiques les personnes qui présentent un tableau clinique ou radiologique compatible avec la COVID-19.

G1	<ul style="list-style-type: none">▪ Les patients symptomatiques hospitalisés ou qui nécessitent des soins réguliers en milieux hospitaliers, notamment les patients hospitalisés symptomatiques (incluant les tests requis pour la levée d'isolement),▪ les patients symptomatiques des unités d'hémodialyse, les patients symptomatiques à l'urgence dont l'état justifie une hospitalisation ou qui présentent des facteurs de risque de complications,▪ les femmes enceintes symptomatiques au 3^e trimestre et les personnes devant accompagner une femme à un accouchement, lorsque symptomatique à la fin de la grossesse;
G2	Les professionnels de la santé symptomatiques en contact direct avec les patients, incluant les services ambulanciers, dont le retrait causerait un bris de service (incluant les tests requis pour les mesures de retour au travail);
G3	<ul style="list-style-type: none">▪ Les usagers et le personnel dans des milieux d'hébergement tels que les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), les résidences privées pour aînés (RPA) et les ressources intermédiaires et de type familial (RI-RTF), dès qu'un nouveau cas positif non isolé est identifié, à la sortie des usagers d'un centre hospitalier qui sont dirigés vers un milieu de vie comme un CHSLD, RPA, RI-RTF,▪ les personnes symptomatiques habitant dans d'autres milieux à risque (ex : refuges pour itinérants, RI, etc.)▪ et dans des milieux de vie hébergeant des personnes âgées (plus de 70 ans) sur recommandation du directeur régional de santé publique.
G4	Les personnes symptomatiques de toutes les communautés (incluant les milieux en réouverture : écoles, milieu de garde, manufactures, mines, construction, etc.);
G5	Les premiers répondants ou travailleurs du système de sécurité publique (ex. : policiers et pompiers, agents des services correctionnels) et autres travailleurs symptomatiques fournissant des services jugés critiques/essentiels;
G6	Les contacts étroits des cas, symptomatiques ou asymptomatiques, selon les directives du directeur de santé publique et le dépistage dans des milieux spécifiques en fonction du déconfinement (écoles, milieu de travail, etc.), selon les directives du directeur de santé publique.

** Les facteurs de risque généralement retenus sont les suivants: âge supérieur ou égal à 70 ans, immunosuppression, maladie pulmonaire chronique, maladie cardiovasculaire chronique, hypertension, diabète, et insuffisance rénale chronique.*

(Tiré de : <https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/directives-cliniques-aux-professionnels-et-au-reseau/depistage/>)

Guide de saisie pour la partie ***INFORMATIONS CLINIQUES OBLIGATOIRES*** de la Requête demande de dépistage de la COVID-19

À l'intention du personnel qui effectue le dépistage de la COVID-19, voici les instructions pour faciliter la complétion de la partie « Informations cliniques obligatoires » de la requête. Veuillez noter que le nom de la directrice de la santé publique du CISSS-CA, Dre Liliana Romero Chica (no de permis 18623), apparaît obligatoirement sur la requête afin de faciliter le traitement et le retour de l'ensemble des résultats des tests effectués dans la région de Chaudière-Appalaches.

Notez que les priorités indiquées dans ce guide prévalent sur celles qui apparaissent au verso de la **Requête demande de dépistage de la COVID-19** (ref. : F-M-BM-LEV-001 (2020-05-05)).

SECTION – Identifier le groupe

- Cochez le groupe dans lequel la personne dépistée se retrouve en fonction des définitions présentes dans la légende ci-bas :

Identifier le groupe (selon MSSS) – VOIR VERSO POUR DÉFINITION					
<input type="checkbox"/> G1	<input type="checkbox"/> G2	<input type="checkbox"/> G3	<input type="checkbox"/> G4	<input type="checkbox"/> G5	<input type="checkbox"/> G6

- Notez que par **symptomatique** on entend la présence d'un tableau clinique ou radiologique compatible avec la COVID-19

Groupe	Légende des groupe selon le MSSS – Mise à jour 2020-05-01
G1	<ul style="list-style-type: none"> Les patients symptomatiques hospitalisés ou qui nécessitent des soins réguliers en milieux hospitaliers, notamment les patients hospitalisés symptomatiques (incluant les tests requis pour la levée d'isolement) ; Les patients symptomatiques des unités d'hémodialyse, les patients symptomatiques à l'urgence dont l'état justifie une hospitalisation ou qui présentent des *facteurs de risque de complications (*voir également : SECTION - Facteur de risque de complication de ce guide); Les femmes enceintes symptomatiques au 3^e trimestre et les personnes devant accompagner une femme à un accouchement, lorsque symptomatique à la fin de la grossesse.
G2	Les professionnels de la santé symptomatiques en contact direct avec les patients, incluant les services ambulanciers, dont le retrait causerait un bris de service (incluant les tests requis pour les mesures de retour au travail). (Voir également la SECTION - Travailleur CISSS CA / SECTION - Autre travailleur de la santé du guide)
G3	<ul style="list-style-type: none"> Les usagers et le personnel dans des milieux d'hébergement tels que les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), les résidences privées pour aînés (RPA) et les ressources intermédiaires et de type familial (RI-RTF), dès qu'un nouveau cas positif non isolé est identifié, à la sortie des usagers d'un centre hospitalier qui sont dirigés vers un milieu de vie comme un CHSLD, RPA, RI-RTF ; Les personnes symptomatiques habitant dans d'autres milieux à risque (ex : refuges pour itinérants, RI, etc.) et dans des milieux de vie hébergeant des personnes âgées (plus de 70 ans) sur recommandation du directeur régional de santé publique.
G4	Les personnes symptomatiques de toutes les communautés (incluant les milieux en réouverture : écoles, milieux de garde, manufactures, mines, construction, etc.).
G5	Les premiers répondants ou travailleurs du système de sécurité publique (ex. : policiers et pompiers, agents des services correctionnels) et autres travailleurs symptomatiques fournissant des services jugés critiques/essentiels.
G6	Les contacts étroits des cas, symptomatiques ou asymptomatiques, selon les directives du directeur de santé publique et le dépistage dans des milieux spécifiques en fonction du déconfinement (écoles, milieu de travail, etc.), selon les directives du directeur de santé publique.

(Tiré de : <https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/directives-cliniques-aux-professionnels-et-au-reseau/depistage/>)

SECTION - Symptômes

- Cochez les symptômes que la personne dépistée présente parmi les symptômes suivants :
- Si « Autres », cochez la case et préciser

Symptômes :			
<input type="checkbox"/> Fièvre	<input type="checkbox"/> Toux	<input type="checkbox"/> Dyspnée	<input type="checkbox"/> Mal de gorge
<input type="checkbox"/> Anosmie	<input type="checkbox"/> Autres (préciser) :		

SECTION – Facteurs de risque de complication

Cochez « Oui » si la personne dépistée présente l'un de ces facteurs de risques suivants :

Âge supérieur ou égal à 70 ans, immunosuppression, maladie pulmonaire chronique, maladie cardiovasculaire chronique, hypertension, diabète, et insuffisance rénale chronique.

Facteurs de risque de complication?	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui
-------------------------------------	------------------------------	------------------------------

SECTION – Enquête épidémiologique

Posez la question suivante à la personne dépistée et cochez « Non » ou « Oui »

Est-ce que vous avez été contacté par la santé publique pour venir passer un test de dépistage?

Enquête épidémiologique?	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui
--------------------------	------------------------------	------------------------------

SECTION – Travailleur CISSS-CA et Autre travailleur de la santé

Posez les questions suivantes à la personne dépistée et cochez les réponses indiquées :

Est-ce que vous êtes un travailleur du CISSS-CA?

- Si oui, demandez si la personne dépistée est salariée, médecin, résident, stagiaire, bénévole ou autre.
- Si autre, cochez et indiquez l'endroit

Si non, cochez « N/A » et posez la question suivante : **Êtes-vous un autre travailleur de la santé?**

- Si oui, cochez dans quel milieu la personne dépistée travaille (cochez un élément seulement)
- Inscrire le nom de l'établissement
- Si non, laissez les cases vides

Travailleur CISSS CA :						
<input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> Salarié	<input type="checkbox"/> Médecin	<input type="checkbox"/> Résident	<input type="checkbox"/> Stagiaire	<input type="checkbox"/> Bénévole	<input type="checkbox"/> Autre :
Autre travailleur de la santé (inscrire le nom de l'établissement) :						
<input type="checkbox"/> RPA	<input type="checkbox"/> RI/RTF			<input type="checkbox"/> CHSLD privé		

SECTION – Usager hébergé

Est-ce que la personne dépistée réside dans l'un des endroits suivants?

- Si oui, cochez l'endroit
- Si non, cochez « N/A »

Usager hébergé en :			
<input type="checkbox"/> CHSLD	<input type="checkbox"/> RI/RTF	<input type="checkbox"/> RPA	<input type="checkbox"/> N/A

SECTION – Coordonnées pour transmission des résultats

Mentionnez à la personne dépistée que ses coordonnées sont nécessaires afin de lui retourner le résultat du dépistage. Inscrire les informations suivantes : numéro de cellulaire, du domicile et le courriel.

Coordonnées pour transmission des résultats		
Cellulaire :	Résidence :	Courriel :