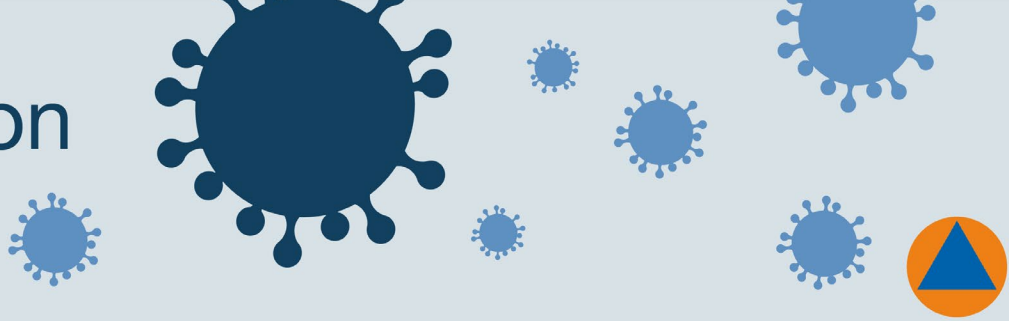


Communication COVID-19



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

DATE : Le 22 septembre 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 afin d'y ajouter le nom du lieu de travail pour un travailleur de la santé, le nom du lieu de travail pour un travailleur hors de la santé ou le nom du milieu d'hébergement en dépistage. Cette information est très importante dans le suivi des résultats à l'utilisateur.

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 **dès maintenant**. 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, 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 devez 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

Contenu et diffusion autorisé par : Marco Bélanger

*****TOUTES LES ZONES DOIVENT ÊTRE COMPLÉTÉES*****

ZONE IDENTIFICATION DE L'USAGER									
Nom :									
Prénom :									
Sexe : <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M									
Date de naissance :									
Code postal :									
RAMQ :									
Téléphone :	Cellulaire :								
Courriel :									
Travailleur de la santé : <input type="checkbox"/> CISSSCA <input type="checkbox"/> Hors CISSSCA									
Si travailleur de la santé, précisez le milieu :									
<input type="checkbox"/> CH	<input type="checkbox"/> RI/RTF/CR/CLSC/CLIN./CAB.								
<input type="checkbox"/> CHSLD	<input type="checkbox"/> Laboratoire								
<input type="checkbox"/> RPA	<input type="checkbox"/> Autre : _____								
Nom du lieu de travail (OBLIGATOIRE) : _____									
Autre travailleur :									
<input type="checkbox"/> École	<input type="checkbox"/> Prison								
<input type="checkbox"/> Milieu de garde	<input type="checkbox"/> Autre : _____								
Nom du lieu de travail (OBLIGATOIRE) : _____									
Usager en milieu d'hébergement : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non									
Si oui, précisez le type d'hébergement :									
<input type="checkbox"/> CHSLD	<input type="checkbox"/> Hébergement commun								
<input type="checkbox"/> RPA	<input type="checkbox"/> Autre : _____								
<input type="checkbox"/> RI/RTF/CR									
Nom du milieu d'hébergement (OBLIGATOIRE) : _____									
ZONE PRÉLÈVEMENT									
Date :	Heure :								
Nom du lieu de prélèvement :									
Prélevé par :									
<input type="checkbox"/> Contre-indication au prélèvement									
<input type="checkbox"/> Évaluation clinique complétée									
Voyage hors Québec : _____									
Date de retour du voyage : _____									
Type de spécimen :									
<input type="checkbox"/> Gorge / Nasopharynx	<input type="checkbox"/> Gorge / Nez <input type="checkbox"/> Autre :								
ZONE IDENTIFICATION DU PRESCRIPTEUR									
Obligatoire : Romero Chica, Liliana	N° permis : 18623								
Si autre prescripteur ▼									
Nom : _____									
Prénom : _____									
N° permis : _____									
ZONE IDENTIFICATION DU SPÉCIMEN									
Utiliser étiquette Avery Modèle #51660 dimension 1 X 2 5/8 pouces									
Indiquez obligatoirement sur l'étiquette en lettres moulées : Nom prénom Date de naissance	<p>EXEMPLE ▼</p> <table border="1"> <tr> <td>Nom :</td> <td><i>Trinaia</i></td> </tr> <tr> <td>Prénom :</td> <td><i>Laila</i></td> </tr> <tr> <td>Date de naissance :</td> <td><i>2005-09-19</i></td> </tr> <tr> <td>RAMQ :</td> <td><i>TRAILLIL2545678</i></td> </tr> </table>	Nom :	<i>Trinaia</i>	Prénom :	<i>Laila</i>	Date de naissance :	<i>2005-09-19</i>	RAMQ :	<i>TRAILLIL2545678</i>
Nom :	<i>Trinaia</i>								
Prénom :	<i>Laila</i>								
Date de naissance :	<i>2005-09-19</i>								
RAMQ :	<i>TRAILLIL2545678</i>								

ZONE IDENTIFICATION DE LA RÉGION SOCIOSANITAIRE DU PATIENT	
<input type="checkbox"/> 01 Bas St-Laurent	<input type="checkbox"/> 11 Gaspésie-IDM
<input type="checkbox"/> 02 Saguenay-Lac-St-Jean	<input type="checkbox"/> 12 Chaudière-Appalaches
<input type="checkbox"/> 03 Capitale-Nationale	<input type="checkbox"/> 13 Laval
<input type="checkbox"/> 04 Mauricie et Centre-du-Québec	<input type="checkbox"/> 14 Lanaudière
<input type="checkbox"/> 05 Estrie	<input type="checkbox"/> 15 Laurentides
<input type="checkbox"/> 06 Montréal	<input type="checkbox"/> 16 Montérégie
<input type="checkbox"/> 07 Outaouais	<input type="checkbox"/> 17 Nunavik
<input type="checkbox"/> 08 Abitibi-Témiscamingue	<input type="checkbox"/> 18 Terres-Cries-de-la-Baie-James
<input type="checkbox"/> 09 Côte-Nord	<input type="checkbox"/> Si RSS inconnu, inscrire le code postal : _____
<input type="checkbox"/> 10 Nord-du-Québec	

ZONE IDENTIFICATION DE LA PRIORITÉ	
Est-ce que la personne présente des SYMPTOMES ?	
<input type="checkbox"/> OUI → choisir UNE priorité « M... » représentant la situation ▼	
Patients en milieu de soins aigus (urgence, hôpital)	M1 <input type="checkbox"/>
Usager en milieu d'hébergement (CHSLD, RPA, RI-RTF, etc.)	M2 <input type="checkbox"/>
Travailleur de la santé	M3 <input type="checkbox"/>
Dans la communauté (population)	M7 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> NON → choisir UNE priorité « M... » représentant la situation ▼	
CONTEXTE DE SOINS AIGUS (URGENCE, HÔPITAL)	
Thérapie immunosuppressive imminente (ex.: chimiothérapie)	M10 <input type="checkbox"/>
Admission à l'hôpital et pré-opératoire	M8 <input type="checkbox"/>
Tout usager à l'urgence (ambulatoire et civière)	M22 <input type="checkbox"/>
Pré-intubation ou autre IMGA reconnue	M11 <input type="checkbox"/>
Pré-bronchoscopie	M12 <input type="checkbox"/>
Greffe imminente (donneur et receveur)	M4 <input type="checkbox"/>
CLIENTÈLE VULNÉRABLE (MILIEU DE VIE)	
Admission en hébergement (CHSLD, RPA, RI-RTF, etc.)	M9 <input type="checkbox"/>
Intégration dans milieux de vie (Centre Jeunesse, refuge, etc.)	M16 <input type="checkbox"/>
TRAVAILLEUR DE LA SANTÉ	
Dépistage systématique	M17 <input type="checkbox"/>
Transfert entre zone chaude vers zone froide	M20 <input type="checkbox"/>
ÉCLOSION	
Personnel dans milieu de soins ou hébergement	M5 <input type="checkbox"/>
Usager dans milieu de soins ou hébergement	M6 <input type="checkbox"/>
Milieu scolaire ou de garde	M15 <input type="checkbox"/>
Autre milieu de travail	M14 <input type="checkbox"/>
AUTRES SITUATIONS	
Validation de la guérison	M19 <input type="checkbox"/>
Contacts étroits d'un cas (sous recommandation de la Santé Publique)	M13 <input type="checkbox"/>
Programme de gestion des entrées dans les régions isolées	M18 <input type="checkbox"/>
Autres indications prescrites par la santé publique	M21 <input type="checkbox"/>
Autre indication non spécifiée : _____	M22 <input type="checkbox"/>

Description des nouvelles priorités

Nouvelle priorité	Descriptions de la priorité Version du 1er juin 2020
M1	Les patient(e)s ayant des symptômes compatibles de la COVID-19 en milieu de soins aigus (par exemple à l'urgence, hospitalisés, hémodialysés).
M2	Les usagers ayant des symptômes compatibles de la COVID-19 des milieux d'hébergement (CHSLD, RPA) et les ressources intermédiaires et de type familial (RI-RTF).
M3	Les travailleurs de la santé ayant des symptômes compatibles de la COVID-19 (tous les titres d'emploi).
M4	Les personnes sans symptômes compatibles avec la COVID-19 qui subiront une greffe , dans la préadmission et à l'admission ainsi que leurs donneurs.
M5	En présence d'une éclosion, le personnel en contact avec les usagers (avec ou sans symptômes compatibles avec la COVID-19) dans une unité fonctionnelle en milieu de soins ou de réadaptation, d'un milieu carcéral, d'un lieu d'hébergement pour personnes itinérantes ou d'un lieu d'hébergement accueillant des personnes à risque de complications de la COVID-19, sur recommandation d'un directeur de santé publique, d'un microbiologiste-infectiologue ou d'un officier de prévention et de contrôle des infections.
M6	En présence d'une éclosion, les usagers d'une unité fonctionnelle en milieu de soins ou de réadaptation, d'un milieu carcéral, d'un lieu d'hébergement pour personnes itinérantes ou d'un lieu d'hébergement accueillant des personnes à risque de complications de la COVID-19, sur recommandation d'un directeur de santé publique, d'un microbiologiste-infectiologue ou d'un officier de prévention et de contrôle des infections.
M7	Toutes les autres personnes ayant des symptômes compatibles de la COVID-19.
M8	Les patients sans symptômes compatibles de la COVID-19 admis ou qui seront admis dans les 48 prochaines heures dans les unités de soins aigus, notamment en chirurgie, en médecine (incluant la gériatrie), en pédiatrie, en psychiatrie ou en obstétrique. Dépistage d'usager sans symptômes avant séance d'électroconvulsivothérapie (ECT).
M9	Les usagers sans symptômes compatibles de la COVID-19 à l'admission ou à l'intégration dans certains milieux où des personnes à risque de complications de la COVID-19 (ou dont la prise en charge est complexe) vivent ou reçoivent des soins et des services de santé soutenus (CHSLD, RPA, RI-RTF, soins de longue durée, palliatifs ou psychiatriques, réadaptation en santé physique ou en déficience physique). Proches aidants. Bénévoles au CISSS de Chaudière-Appalaches.
M10	Les personnes sans symptômes compatibles de la COVID-19 (autres que greffées) qui subiront une procédure immunosuppressive (radiothérapie, oncologie).
M11	Les personnes sans symptômes compatibles de la COVID-19 qui pourraient nécessiter une intubation dans les 48 prochaines heures.
M12	Les personnes sans symptômes compatibles de la COVID-19 qui pourraient nécessiter une bronchoscopie dans les 48 heures pour les milieux qui n'utilise pas systématiquement le N95.
M13	Les contacts étroits et prolongés de cas COVID-19 sans symptômes sur recommandation du directeur de santé publique.
M14	Les personnes sans symptômes compatibles de la COVID-19 en milieu de travail (autre que travailleurs de la santé) en éclosion ou lors d'une étude de prévalence sur recommandation du directeur de santé publique.
M15	Les personnes sans symptômes compatibles de la COVID-19 en milieu de garde ou scolaire en éclosion ou lors d'une étude de prévalence sur recommandation du directeur de santé publique.
M16	Les personnes sans symptômes compatibles de la COVID-19 à l'admission ou à l'intégration en milieu de vie collectif avec hébergement (ex. : refuge pour personnes en situation de vulnérabilité sociale, milieu carcéral, centre jeunesse, RI-RTF, RAC, foyer de groupe, etc.).
M17	Travailleurs de la santé sans symptômes compatibles de la COVID-19 dans le cadre d'un dépistage systématique (tous les titres d'emploi).
M18	Personne sans symptômes compatibles de la COVID-19 dans le cadre de l'application de programmes de gestion des entrées dans les régions isolées. Inclus les voyageurs qui ont besoin d'un test de dépistage dans le cadre de leur travail ou pour retourner dans leur pays d'origine.
M19	Les personnes atteintes de la COVID-19 qui sont considérées guéries sur la base des critères cliniques, mais dont l'exigence de TAAN négatifs en fin de la COVID-19 est recommandée par l'INSPQ.
M20	Travailleur de la santé/stagiaire/étudiant/médecin sans symptômes compatibles de la COVID-19 qui passe d'une région à forte endémicité vers une région à faible endémicité. Cette catégorie inclut également le personnel d'agence.
M21	Autres indications à la discrétion des directeurs de santé publique, d'un microbiologiste-infectiologue ou d'un agent de prévention et de contrôle des infections.
M22	Toute autre indication non documentée. Exemples : <ul style="list-style-type: none"> • Les visiteurs en CHSLD (ou autre milieu) • Dépistage dans les centres de prélèvements Les personnes de cette catégorie n'ont pas de symptômes compatibles avec la COVID-19.

N. B. : À noter que seul les travailleurs de la santé sont maintenant considérés comme travailleurs essentiels.

À l'intention du personnel qui effectue le dépistage de la COVID-19, voici les instructions pour faciliter la complétion de la requête.

ZONE IDENTIFICATION DE L'USAGER

Complétez toutes les informations d'identification demandées

Partie « **Travailleur de la santé** » :

Est-ce que la personne dépistée est un travailleur de la santé ?

- Si OUI :
 - Cochez si c'est un travailleur de la santé du CISSS CA ou hors CISSS CA
 - Cochez le milieu de travail

Travailleur de la santé : CISSS CA Hors CISSS CA

Si travailleur de la santé, précisez le milieu :

CH RI/RTF/CR/CLSC/CLIN./CAB.
 CHSLD Laboratoire
 RPA Autre

- Si OUI, précisez obligatoirement le nom (ex. : Résidence du Cap)

Nom du lieu de travail (OBLIGATOIRE) : _____

- Si NON, laissez cette partie vide.

Partie « **Autre travailleur** »

- Si la personne dépistée est un travailleur œuvrant dans un autre domaine que celui de la santé, cochez le milieu de travail

Autre travailleur :

École Prison
 Milieu de garde Autre

- Si OUI, précisez obligatoirement le nom (ex. : IGA Veilleux)

Nom du lieu de travail (OBLIGATOIRE) : _____

Laissez cette partie vide si la personne dépistée n'est pas un travailleur.

Partie « **Usager en milieu d'hébergement** » :

- Est-ce que la personne dépistée est un usager hébergé ?
- Cochez OUI ou NON
- Si OUI, cochez le type d'hébergement

Usager en milieu d'hébergement : Oui Non

Si oui, précisez le type d'hébergement :

CHSLD Hébergement commun
 RPA Autre
 RI/RTF/CR

- Si OUI, précisez obligatoirement le nom (ex. : Pavillon Bellevue)

Nom du milieu d'hébergement (OBLIGATOIRE) : _____

ZONE PRÉLÈVEMENT

Complétez toutes les informations d'identification demandées

Pour le « Nom du lieu de prélèvement », précisez l'endroit où le prélèvement est fait. Voici quelques exemples :

- CLINIQUE DÉPISTAGE COVID-19 (LÉVIS) (AUTO)
- CLINIQUE ÉVALUATION COVID-19 (LÉVIS)
- CLINIQUE ÉVALUATION MOBILE COVID

ZONE IDENTIFICATION DU PRESCRIPTEUR

- Le nom de la directrice de la santé publique du CISSS-CA, Dre Liliana Romero Chica (No 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.
- Pour ajouter un autre prescripteur complétez TOUTES les informations demandées :

Obligatoire : Romero Chica, Liliana N° permis : 18623

Si autre prescripteur ▼

Nom : _____
 Prénom : _____
 N° permis : _____

ZONE IDENTIFICATION DU SPÉCIMEN

- Utiliser étiquette Avery Modèle #51660 dimension 1 X 2 5/8 pouces
- Indiquez obligatoirement sur l'étiquette en lettres moulées :

- Nom
- Prénom
- Date de naissance
- RAMQ

Nom : TRALIA
 Prénom : Lois
 Date de naissance : 2005-01-19
 RAMQ : TRAL112949678

ZONE IDENTIFICATION DE LA RÉGION SOCIOSANITAIRE DE L'USAGER

- Cochez la région sociosanitaire de la personne dépistée.
- Si la région sociosanitaire de l'utilisateur est inconnue, veuillez cocher cette option et indiquez le code postal.

Si RSS inconnu, inscrire le code postal : _____

ZONE IDENTIFICATION DE LA PRIORITÉ (Voir verso pour définitions)

Si la personne dépistée présente des SYMPTOMES* compatibles de la COVID-19

- Cochez OUI
- Identifiez UNE priorité représentant la situation parmi les suivantes

OUI → choisir UNE priorité « M... » représentant la situation ▼

Patients en milieu de soins aigus (urgence, hôpital)	M1	<input type="checkbox"/>
Usager en milieu d'hébergement (CHSLD, RPA, RI-RTF, etc.)	M2	<input type="checkbox"/>
Travailleur de la santé	M3	<input type="checkbox"/>
Dans la communauté (population)	M7	<input type="checkbox"/>

Si la personne dépistée ne présente pas de SYMPTOMES* compatibles de la COVID-19

- Cochez NON
- Identifiez UNE priorité représentant la situation parmi les suivantes

NON → choisir UNE priorité « M... » représentant la situation ▼

CONTEXTE DE SOINS AIGUS (URGENCE, HÔPITAL)		
Thérapie immunosuppressive imminente (ex.: chimiothérapie)	M10	<input type="checkbox"/>
Admission à l'hôpital et pré-opératoire	M8	<input type="checkbox"/>
Tout usager à l'urgence (ambulatoire et civière)	M22	<input type="checkbox"/>
Pré-intubation ou autre IMGa reconnue	M11	<input type="checkbox"/>
Pré-bronchoscopie	M12	<input type="checkbox"/>
Grefte imminente (donneur et receveur)	M4	<input type="checkbox"/>
CLIENTÈLE VULNÉRABLE (MILIEU DE VIE)		
Admission en hébergement (CHSLD, RPA, RI-RTF, etc.)	M9	<input type="checkbox"/>
Intégration dans milieux de vie (Centre Jeunesse, refuge, etc.)	M16	<input type="checkbox"/>
TRAVAILLEUR DE LA SANTÉ		
Dépistage systématique	M17	<input type="checkbox"/>
Transfert entre zone chaude vers zone froide	M20	<input type="checkbox"/>
ÉCLOSION		
Personnel dans milieu de soins ou hébergement	M5	<input type="checkbox"/>
Usager dans milieu de soins ou hébergement	M6	<input type="checkbox"/>
Milieu scolaire ou de garde	M15	<input type="checkbox"/>
Autre milieu de travail	M14	<input type="checkbox"/>
AUTRES SITUATIONS		
Validation de la guérison	M19	<input type="checkbox"/>
Contacts étroits d'un cas (sous recommandation de la Santé Publique)	M13	<input type="checkbox"/>
Programme de gestion des entrées dans les régions isolées	M18	<input type="checkbox"/>
Autres indications prescrites par la santé publique	M21	<input type="checkbox"/>
Autre indication non spécifiée : _____	M22	<input type="checkbox"/>

*Les symptômes compatibles à la COVID-19 sont Les principaux symptômes de la COVID-19 sont les suivants :

- fièvre
- apparition ou aggravation d'une toux;
- difficultés respiratoires;
- ou
- perte soudaine de l'odorat sans congestion nasale, avec ou sans perte de goût.

D'autres symptômes peuvent aussi apparaître comme un mal de gorge, un mal de tête, de la douleur musculaire, une fatigue intense, une perte importante de l'appétit et de la diarrhée. Les symptômes peuvent être légers ou plus sévères comme ceux associés à la pneumonie.

Source : <https://www.quebec.ca/sante/problemes-de-sante/a-z/informations-generales-sur-le-coronavirus/#c46469>

Description des nouvelles priorités

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 (2020-04-01)).

Nouvelle priorité	Descriptions de la priorité Version du 1er juin 2020
M1	Les patient(e)s ayant des symptômes compatibles de la COVID-19 en milieu de soins aigus (par exemple à l'urgence, hospitalisés, hémodialysés).
M2	Les usagers ayant des symptômes compatibles de la COVID-19 des milieux d'hébergement (CHSLD, RPA) et les ressources intermédiaires et de type familial (RI-RTF).
M3	Les travailleurs de la santé ayant des symptômes compatibles de la COVID-19.
M4	Les personnes sans symptômes compatibles avec la COVID-19 qui subiront une greffe , dans la préadmission et à l'admission ainsi que leurs donneurs.
M5	En présence d'une éclosion, le personnel en contact avec les usagers (avec ou sans symptômes compatibles avec la COVID-19) dans une unité fonctionnelle en milieu de soins ou de réadaptation, d'un milieu carcéral, d'un lieu d'hébergement pour personnes itinérantes ou d'un lieu d'hébergement accueillant des personnes à risque de complications de la COVID-19, sur recommandation d'un directeur de santé publique, d'un microbiologiste-infectiologue ou d'un officier de prévention et de contrôle des infections.
M6	En présence d'une éclosion, les usagers d'une unité fonctionnelle en milieu de soins ou de réadaptation, d'un milieu carcéral, d'un lieu d'hébergement pour personnes itinérantes ou d'un lieu d'hébergement accueillant des personnes à risque de complications de la COVID-19, sur recommandation d'un directeur de santé publique, d'un microbiologiste-infectiologue ou d'un officier de prévention et de contrôle des infections.
M7	Toutes les autres personnes ayant des symptômes compatibles de la COVID-19.
M8	Les patients sans symptômes compatibles de la COVID-19 admis ou qui seront admis dans les 48 prochaines heures dans les unités de soins aigus, notamment en chirurgie, en médecine (incluant la gériatrie), en pédiatrie, en psychiatrie ou en obstétrique.
M9	Les usagers sans symptômes compatibles de la COVID-19 à l'admission ou à l'intégration dans certains milieux où des personnes à risque de complications de la COVID-19 (ou dont la prise en charge est complexe) vivent ou reçoivent des soins et des services de santé soutenus (CHSLD, RPA, Ri-RTF, soins de longue durée, palliatifs ou psychiatriques, réadaptation en santé physique ou en déficience physique).
M10	Les personnes sans symptômes compatibles de la COVID-19 (autres que greffées) qui subiront une procédure immunosuppressive (radiothérapie, oncologie)
M11	Les personnes sans symptômes compatibles de la COVID-19 qui pourraient nécessiter une intubation dans les 48 prochaines heures.
M12	Les personnes sans symptômes compatibles de la COVID-19 qui pourraient nécessiter une bronchoscopie dans les 48 heures pour les milieux qui n'utilise pas systématiquement le N95.
M13	Les contacts étroits et prolongés de cas COVID-19 sans symptômes sur recommandation du directeur de santé publique.
M14	Les personnes sans symptômes compatibles de la COVID-19 en milieu de travail (autre que travailleurs de la santé) en éclosion ou lors d'une étude de prévalence sur recommandation du directeur de santé publique.
M15	Les personnes sans symptômes compatibles de la COVID-19 en milieu de garde ou scolaires en éclosion ou lors d'une étude de prévalence sur recommandation du directeur de santé publique.
M16	Les personnes sans symptômes compatibles de la COVID-19 à l'admission ou à l'intégration en milieu de vie collectif avec hébergement (ex. : refuge pour personnes en situation de vulnérabilité sociale, milieu carcéral, centre jeunesse, RI-RTF, RAC, foyers de groupe, etc.).
M17	Travailleurs de la santé sans symptômes compatibles de la COVID-19 dans le cadre d'un dépistage systématique.
M18	Personne sans symptômes compatibles de la COVID-19 dans le cadre de l'application de programmes de gestion des entrées dans les régions isolées.
M19	Les personnes atteintes de la COVID-19 qui sont considérées guéries sur la base des critères cliniques, mais dont l'exigence de TAAN négatifs en fin de la COVID-19 est recommandée par l'INSPQ.
M20	Travailleur de la santé/stagiaire/étudiant/médecin sans symptômes compatibles de la COVID-19 qui passe d'une région à forte endémicité vers une région à faible endémicité.
M21	Autres indications à la discrétion des directeurs de santé publique, d'un microbiologiste-infectiologue ou d'un agent de prévention et de contrôle des infections.
M22	Tout autre indication non documentée.