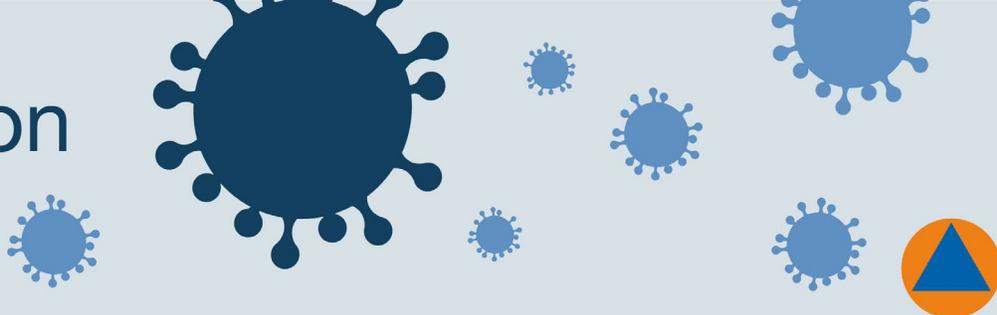


# Communication COVID-19



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

**DATE : Le 15 avril 2020**

**OBJET : Mise à jour de la requête 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 critères du MSSS, selon les besoins du Service de santé et de sécurité au travail (SST) et de la Direction de santé publique (DSPu).

La complétion de cette requête est obligatoire lors de tout dépistage de la COVID-19. 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 **déjà pris en charge par la Direction de la logistique** : ils seront automatiquement approvisionnés par le magasinier avec la nouvelle version de la requête d'ici au plus tard jeudi le 16 avril soit :
  - Urgences
  - Soins intensifs
  - Cliniques de dépistage
  - Cliniques d'évaluation
  - Unités COVID
  - Sites non traditionnels (SNT)
- Tous les autres départements **non pris en charge par la Direction de la logistique** : chaque département a 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

*Contenu et diffusion approuvés par : Marco Bélanger*

## Requête demande de dépistage de la COVID-19

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

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

### \*\*\*INFORMATIONS CLINIQUES OBLIGATOIRES\*\*\*

<b>Identifier la priorité (selon MSSS) – VOIR VERSO POUR DÉFINITION</b>						
<input type="checkbox"/> P1 (ROUGE)	<input type="checkbox"/> P2 (JAUNE)	<input type="checkbox"/> P3 (JAUNE)	<input type="checkbox"/> P4 (VERT)	<input type="checkbox"/> P5 (VERT)	<input type="checkbox"/> P6 (VERT)	
<b>Symptômes :</b>						
<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) :					
<b>Facteurs de risque de complication?</b>	<input type="checkbox"/> Non		<input type="checkbox"/> Oui			
<b>Enquête épidémiologique?</b>	<input type="checkbox"/> Non		<input type="checkbox"/> Oui			
<b>Travailleur CISSS CA :</b>						
<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 :
<b>Autre travailleur de la santé (inscrire le nom de l'établissement) :</b>						
<input type="checkbox"/> RPA	<input type="checkbox"/> RI/RTF		<input type="checkbox"/> CHSLD privé			
<b>Usager hébergé en :</b>						
<input type="checkbox"/> CHSLD	<input type="checkbox"/> RI/RTF	<input type="checkbox"/> RPA	<input type="checkbox"/> N/A			
<b>Coordonnées pour transmission des résultats</b>						
Cellulaire :	Résidence :	Courriel :				
<b>Informations supplémentaires</b>						

<b>Prescripteur obligatoire (Directrice de la santé publique) :</b>	
Prescripteur : Romero Chica, Liliana	No permis : 18623
<b>Si usager à l'urgence ou hospitalisé :</b>	
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 : 20-04-09**

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

<b>P1</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Les patients hospitalisés symptomatiques (incluant les tests requis pour la levée d'isolement)</li> <li>▪ Les patients symptomatiques des unités d'hémodialyse</li> <li>▪ Les patients symptomatiques à l'urgence ou en CDÉ, dont l'état justifie une hospitalisation OU qui présentent des facteurs de risque de complications *</li> <li>▪ Les femmes enceintes symptomatiques au 3<sup>e</sup> trimestre</li> <li>▪ Les personnes devant accompagner une femme à un accouchement, lorsque symptomatique à la fin de la grossesse</li> </ul>
<b>P2</b>	Les professionnels symptomatiques de la santé en contact direct avec les patients, incluant les services ambulanciers, ou dont le retrait causerait un bris de service (incluant tests requis pour mesures de retour au travail).
<b>P3</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pour les usagers et le personnel dans des milieux d'hébergement tels que les CHSLD, les RPA et les RI-RTF, aussitôt qu'un cas positif non détecté et non isolé est identifié.</li> <li>▪ Avant la sortie des usagers d'un centre hospitalier avant d'être dirigés vers un milieu de vie comme un CHSLD, RPA, RI-RTF.</li> <li>▪ Personnes symptomatiques habitant dans d'autres milieux à risque (ex : refuges pour itinérants, RI, etc)</li> <li>▪ Dans des milieux de vie hébergeant des personnes âgées (plus de 70 ans) sur recommandation du directeur régional de santé publique.</li> </ul>
<b>P4</b>	Les personnes symptomatiques vivant dans les régions éloignées, les communautés isolées et venant des Premières Nations/Inuit qui ont un accès limité à un hôpital. Sauf en cas d'indication contraire de la DS Publique, ceci inclut les régions ou secteurs placés sous cordon sanitaire.
<b>P5</b>	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.
<b>P6</b>	Les personnes symptomatiques de la communauté sur autorisation 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.

(Adapté de : DGSP, 2020-04-07, V2)