|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ZONE IDENTIFICATION DE L'USAGER** | | | | | | | | | | | | |  | **ZONE IDENTIFICATION DE LA PRIORITÉ** | | | | | | |
| **Nom:** | | | | | | | | | | | | |  | **Est-ce que la personne présente des SYMPTÔMES ?** | | | | | | |
| **Prénom:** | | | | | | | | | | | | |  | **OUI -►** | **Date du début des symptômes** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | |
| **Sexe : □** F **□** M **□** Autre | | **Code postal :** | | | | | | | | | | |  | **-►** | choisir **UNE** priorité « **M…** » représentant la situation ▼ | | | | | |
| **Date de naissance :** | | | | | | | | | | | | |  | Patients en milieu de soins aigus (ex. : urgence, hôpital) ou qui subiront une thérapie immunosuppressive (ex. : chimiothérapie) | | | | **M1** | **□** | |
| **RAMQ :** | | | | | | | | | | | | |  | Usager en milieu d’hébergement ou à assistance continue (CHSLD, RPA, RI-RTF, RAC) | | | | **M2** | **□** | |
| **Téléphone :** | | **Cellulaire :** | | | | | | | | | | |  | Travailleur de la santé en contact avec des patients/usagers | | | | **M3** | **□** | |
| **Courriel :** | | | | | | | | | | | | |  | * Policiers, pompiers premiers répondants et le personnel de sécurité de l’Assemblée nationale symptomatiques | | | | **M7** | **□** | |
| **Milieu de travail** | | | | | | | | | | | | |  |
| **Travailleur de la santé :** | | | * CISSSCA | | | | | | | * Hors CISSSCA | | |  | * Personnel scolaire et celui des différents milieux de garde symptomatique | | | |
| Centre Hospitalier ☐ Milieu d’hébergement en CHSLD  Milieu d’hébergement en RPA ☐ CLSC/Clinique/Cabinet  Milieu d’hébergement en RI-RTF-CR-RAC | | | | | | | | | | | | |  | * Personnes bénéficiant d’exemptions temporaires pour traitement et services médicaux essentiels selon Transports Canada * Personnes sans abri ou en précarité résidentielle | | | |
| **Fournisseur soins et services essentiels □ Scolaire □ Autre □** | | | | | | | | | | | | |  | * Personnes issues des communautés des Premières Nations, des Inuits, des Métis et travailleurs dans ces communautés | | | |
| **Nom du lieu de travail (OBLIGATOIRE) :** | | | | | | | | | | | | |  | * Patients ambulatoires pour lesquels un traitement aux anticorps monoclonaux est envisagé avec prescriptions | | | |
| **Usager en milieu d’hébergement :** | | | | | | * Non | | | | | * Oui | |  | * Personnes proches aidantes et les personnes de 70 ans et plus * Personnes ayant une déficience / trouble spectre de l'autisme (TSA) | | | |
| **Si oui, précisez le type : □** Séjour en Centre Hospitalier | | | | | | | | | | | | |  | **NON -►** choisir **UNE** priorité « **M…** » représentant la situation ▼ | | | | | | |
| * CHSLD | | | * Hébergement communautaire | | | | | | | | | |  | **Contexte de soins aigus (urgence, hôpital)** | | |  | | |  |
| * RPA | | | * Dispensaire | | | | | | | | | |  | Thérapie immunosuppressive imminente (ex.: chimiothérapie) | | | **M10** | | | **□** |
| * RI/RTF/CR | | | * Autre | | | | | | | | | |  | Admission à l'hôpital et pré-opératoire | | | **M8** | | | **□** |
| **Nom du milieu d’hébergement (OBLIGATOIRE) :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | | | | | | | | | | |  | Intubation ou autre IMGA reconnue prévue d’ici 48h | | | **M11** | | | **□** |
| **ZONE PRÉLÈVEMENT** | | | | | | | | | | | | |  | Bronchoscopie prévue d’ici 48h | | | **M12** | | | **□** |
| **Date :** | | | | | **Heure :** | | | | | | | |  | Greffe imminente (donneur et receveur) | | | **M4** | | | **□** |
| **Nom du lieu de prélèvement :** | | | | | | | | | | | | |  | **Clientèle Vulnérable (MILIEU DE VIE)** | | |  | | |  |
| **Prélevé par :** | | | | | | | | | | | | |  | Admission dans certains milieux où des personnes à risque de complications de la COVID-19 vivent ou reçoivent des soins (CHSLD, RPA, RI-RTF, soins de longue durée, palliatifs ou psychiatriques, réadaptation) | | | **M9** | | | **□** |
| **Voyage hors Québec** (dans les derniers 14 jours) **:** | | | | | | | **□** Non | | | | | **□** Oui |
| **Si oui, identifier pays / province :** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | |  | Admission en milieu de vie collectif (ex. : refuge, milieu carcéral, centre jeunesse, RAC, foyers de groupe) | | | **M16** | | | **□** |
| **Type d’échantillon :** | **□** Gorge-nasopharynx | | | | | | | | **□** Gargarisme | | | |  | **Travailleur de la santé et proches aidants** | | |  | | |  |
| **□** Gorge-narine(s) | **□** Nasopharynx | | | | | | | | **□** Narines | | | |  | Dépistage systématique dans le cadre de directives provinciales | | | **M17** | | | **□** |
| **Code unique TRU :** | | | | **TR- :** | | | | | | | | |  | Transfert de zone chaude vers zone froide | | | **M20** | | | **□** |
| **Dépistage en contexte d’éclosion? □** Non **□** Oui | | | | | | | | | | | | |  | Confirmation d’un résultat positif à un test de détection antigénique rapide (ou à un autre test auto-administré) | | | **M23** | | | **□** |
| **No de référence :** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | |
| **Zone Identification de la Région sociosanitaire du patient** | | | | | | | | | | | | |  | **Éclosion** | | |  | | |  |
| * 01 Bas Saint-Laurent | | | | * 11 Gaspésie-IDM | | | | | | | | |  | Personnel en contact avec usagers en milieu de soins/hébergement | | | **M5** | | | **□** |
| * 02 Saguenay-Lac-St-Jean | | | | * 12 Chaudière-Appalaches | | | | | | | | |  | Usager/contact dans un milieu à haut risque | | | **M6** | | | **□** |
| * 03 Capitale-Nationale | | | | * 13 Laval | | | | | | | | |  | Autre milieu de travail sur recommandation de la santé publique | | | **M14** | | | **□** |
| * 04 Mauricie et Centre-du-Québec | | | | * 14 Lanaudière | | | | | | | | |  | **Autres situations** | | | | | | |
| * 05 Estrie | | | | * 15 Laurentides | | | | | | | | |
| * 06 Montréal | | | | * 16 Montérégie | | | | | | | | |  | Travailleurs de la santé et membres de leur domicile ayant eu un contact domiciliaire avec un cas de COVID-19 | | | **M13** | | | **□** |
| * 07 Outaouais | | | | * 17 Nunavik | | | | | | | | |  | Confirmation de la guérison sur prescription d’un clinicien, de la santé publique ou d’un officier de prévention des infections | | | **M19** | | | **□** |
| * 08 Abitibi-Témiscamingue | | | | * 18 Terres-Cries-de-la-Baie-James | | | | | | | | |
| * 09 Côte-Nord | | | | * Si RSS inconnu, inscrire le code postal : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | |  | Programme de gestion des entrées dans les régions isolées | | | **M18** | | | **□** |
| * 10 Nord-du-Québec | | | | Autre indication prescrite par la santé publique, un infectiologue ou un officier de prévention des infections | | | **M21** | | | **□** |
| **ZONE IDENTIFICATION DU PRESCRIPTEUR** | | | | | | | | | | | | | **ZONE IDENTIFICATION DU SPÉCIMEN** | | | | | | |
| **Obligatoire :** Romero Chica, Liliana | | | | | | | | **No permis :** 18623 | | | | |  | Utiliser étiquette Avery Modèle #51660 dimension 1 X 2 5/8 pouces | |  | | | | |
| **Si autre prescripteur ▼ ► No permis**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | |  | Indiquez obligatoirement sur l’étiquette en lettres moulées : | |
| **Nom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | |  | *Nom prénom, Date de naissance* **EXEMPLE -►** | |
| **Prénom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | |  |  | | | | | | |

**Description des priorités**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nouvelle priorité** | **Descriptions de la priorité**  **Version du 7 février 2022** |
| **M1** | Les patient(e)s ayant des symptômes compatibles avec la COVID-19 en milieu de soins aigus (par exemple à l’urgence, hospitalisés, hémodialysés) ou qui subiront une procédure immunosuppressive (ex. : radiothérapie, oncologie). |
| **M2** | Les usagers ayant des symptômes compatibles avec la COVID-19 des milieux d’hébergement (CHSLD, RPA) et les ressources intermédiaires et de type familial ou à assistance continue (RI-RTF-RAC). |
| **M3** | Les travailleurs de la santé\* (y compris les stagiaires) du réseau de la santé ayant des symptômes compatibles avec la COVID-19 et étant en contact avec des patients/usagers. |
| **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, les travailleurs de la santé\* sans symptômes compatibles avec la COVID-19, en contact avec les patients/usagers**, 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 contacts de personnes dans le contexte d’éclosions confirmées ou suspectées dans des milieux à haut risque (par ex. réseau de la santé, centres de détention, refuges) et exceptionnellement certains autres milieux sur recommandation spéciale d’une direction régionale de santé publique. |
| **M7** | Les personnes ayant des symptômes compatibles avec la COVID-19 et faisant partie des groupes suivants :  1. Les policiers et pompiers premiers répondants, et le personnel de sécurité de l’Assemblée nationale symptomatiques ;  2. Le personnel scolaire et celui des différents milieux de garde symptomatique;  3. Les personnes bénéficiant d’une exemption temporaire pour traitement et services médicaux essentiels selon Transports Canada;  4. Les personnes sans abri ou en précarité résidentielle;  5. Les patients ambulatoires pour lesquels un traitement aux anticorps monoclonaux est envisagé avec prescription;  6. Les personnes étant visée par l’application de programmes de gestion des entrées dans les régions isolées, ainsi que les personnes issues des communautés des Premières Nations, des Inuits et des Métis et les personnes se rendant dans ces communautés pour y travailler;  7. Les personnes de 70 ans et plus;  8. Les personnes proches aidantes;  9. Les personnes ayant une déficience ou un trouble du spectre de l'autisme (TSA). |
| **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. |
| **M10** | Les personnes **sans symptômes** compatibles avec la COVID-19 (autres que greffées) qui subiront une procédure immunosuppressive (ex : radiothérapie, chimiothérapie). |
| **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’utilisent pas systématiquement le N95. |
| **M13** | Travailleurs de la santé\* et membres de leur domicile **sans symptômes**, ayant eu un contact domiciliaire limité ou ayant un contact domiciliaire continu avec un cas de COVID-19. |
| **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. |
| **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, RAC, foyer de groupe). |
| **M17** | Travailleurs de la santé\* (y compris les stagiaires) et les personnes proches aidantes sans symptômes compatibles avec la COVID-19 et travailleurs d’établissement d’hébergement collectif dans le cadre des directives provinciales (ex. : DGGEOP-001 et ses révisions). |
| **M18** | Les personnes **sans symptômes** compatibles avec la COVID-19 dans le cadre de l’application de programmes de gestion des entrées dans les régions isolées, ainsi que les personnes issues des communautés des Premières Nations, des Inuits ou des Métis et les personnes se rendant dans ces communautés pour y travailler. 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** | Test de confirmation de la guérison à l’infection par la COVID-19 prescrit par un clinicien ou la santé publique, ou un microbiologiste-infectiologue ou un officier de prévention et de contrôle des infections. |
| **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. |
| **M23** | Les travailleurs de la santé\* se présentant pour confirmer un résultat positif à un test de détection des antigènes rapide ou à tout autre test auto-administré.  **Il est préférable d'utiliser l'écouvillonnage gorge/nasopharynx pour ces cas comme premier choix.** |