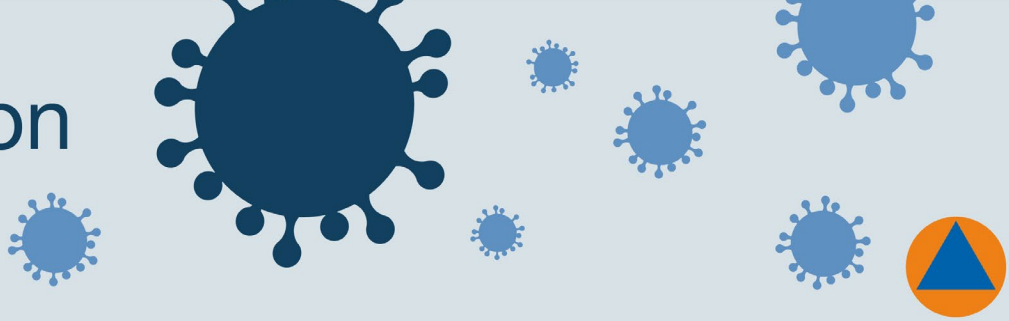


Communication COVID-19



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

DATE : Le 21 septembre 2021

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 une nouvelle catégorie M :

- **M25 : Milieu scolaire confirmation résultat test rapide**

L'ajout de cette catégorie permet à la santé publique de suivre de façon spécifique les tests de confirmation des élèves ayant reçu un résultat positif par un test antigénique (nombre, taux de positivité, etc.).

Les élèves qui se présentent dans une clinique de dépistage (CDD) pour la confirmation d'un résultat positif à un test antigénique devront être classés dans ce nouveau M.

Nous vous rappelons que la complétion de cette requête est **obligatoire** lors de tout dépistage de la COVID-19 et que cette nouvelle version 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 :
 - Les urgences;
 - Les soins intensifs;
 - Les cliniques de dépistage.
- 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!



Mélanie Bernard

Directrice clinico-administrative Optilab et

Directrice adjointe volet services diagnostiques, accueil, admission,
Centrale de rendez-vous, archives et transcription médicale

p. j. Requête dépistage COVID-19
Guide de saisie COVID-19

Contenu et diffusion approuvés par : Marco Bélanger

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
Précisez le lieu de travail :	
<input type="checkbox"/> CH	<input type="checkbox"/> RI/RTF/CR
<input type="checkbox"/> CHSLD	<input type="checkbox"/> CLSC/CLIN./CAB.
<input type="checkbox"/> RPA	<input type="checkbox"/> Laboratoire
<input type="checkbox"/> École	<input type="checkbox"/> Dispensaire
<input type="checkbox"/> Milieu de garde	<input type="checkbox"/> Prison
<input type="checkbox"/> Autre	
Nom du lieu de travail (OBLIGATOIRE) : _____	
Usager en milieu d'hébergement : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	
Si oui, précisez le type :	
<input type="checkbox"/> CHSLD	<input type="checkbox"/> Séjour en Centre Hospitalier
<input type="checkbox"/> RPA	<input type="checkbox"/> Hébergement communautaire
<input type="checkbox"/> RI/RTF/CR	<input type="checkbox"/> Dispensaire
<input type="checkbox"/> Autre	
Nom du milieu d'hébergement (OBLIGATOIRE) : _____	
ZONE PRÉLÈVEMENT	
Date :	Heure :
Nom du lieu de prélèvement :	
Prélevé par :	
Voyage hors Québec (dans les derniers 14 jours) : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	
Si oui, identifier pays / province : _____	
Type de spécimen :	
<input type="checkbox"/> Nasopharynx	<input type="checkbox"/> Gorge
<input type="checkbox"/> Salive	
<input type="checkbox"/> Narine(s) et gorge	<input type="checkbox"/> Deux narines
<input type="checkbox"/> Gargarisme	
Code unique TRU :	TR- :
Contact cas confirmé (confirmé par la Santé Publique dans les derniers 14 jours)	
<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui
Dépistage en contexte d'éclosion?	
<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui
No de référence : _____	
Vaccination Covid post 14 jours :	
<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui
Suspicion de réinfection (2e épisode 90 jours après le 1er épisode confirmé par TAAN):	
<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui
Date du premier TAAN positif : _____	
ZONE IDENTIFICATION DU PRESCRIPTEUR	
Obligatoire : Romero Chica, Liliana	N° permis : 18623
Si autre prescripteur ▼	
N° permis : _____	
Nom : _____	
Prénom : _____	

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 SYMPTÔMES ?	
OUI ➔ Date du début des symptômes	
➔ 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"/>
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"/>
Confirmation d'un résultat positif à un test de détection rapide des antigènes (ou à un autre test autoadministré)	M23 <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"/>
Confirmation d'un résultat positif à un test de détection rapide des antigènes (ou à tout autre test autoadministré)	M24 <input type="checkbox"/>
Milieu scolaire confirmation résultat test rapide	M25 <input type="checkbox"/>
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	EXEMPLE ➔
Nom : <u>Tralala</u>	Prénom : <u>Caia</u>
Date de naissance : <u>2005-01-19</u>	RAMQ : <u>TRALALIL2345678</u>

Description des 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'utilisent 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.
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 autoadministré. Il est préférable d'utiliser l'écouvillonnage gorge/nasopharynx pour ces cas comme premier choix.
M24	Les personnes, autres que les travailleurs de la santé, se présentant pour confirmer un résultat positif à un test de détection rapide des antigènes ou à tout autre test autoadministré. Il est préférable d'utiliser l'écouvillonnage gorge/nasopharynx pour ces cas comme premier choix.
M25	Les élèves qui viendront se faire dépister en CDD, pour la confirmation d'un résultat positif à un test antigénique.

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

REQUÊTE COVID-19

Guide de saisie

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 » : Est-ce que la personne dépistée est un travailleur de la santé ?																			
<ul style="list-style-type: none"> • Si OUI : • Cochez si c'est un travailleur de la santé du CISSS CA ou hors CISSS CA 																			
Pour tous les travailleurs (de la santé ou non), cochez le lieu de travail																			
<table border="0"> <tr> <td colspan="2">Précisez le lieu de travail :</td> <td><input type="checkbox"/> RI/RTF/CR</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> CH</td> <td><input type="checkbox"/> CLSC/CLIN./CAB.</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> CHSLD</td> <td><input type="checkbox"/> Laboratoire</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> RPA</td> <td><input type="checkbox"/> Dispensaire</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> École</td> <td><input type="checkbox"/> Prison</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Milieu de garde</td> <td><input type="checkbox"/> Autre</td> <td></td> </tr> </table>		Précisez le lieu de travail :		<input type="checkbox"/> RI/RTF/CR	<input type="checkbox"/> CH	<input type="checkbox"/> CLSC/CLIN./CAB.		<input type="checkbox"/> CHSLD	<input type="checkbox"/> Laboratoire		<input type="checkbox"/> RPA	<input type="checkbox"/> Dispensaire		<input type="checkbox"/> École	<input type="checkbox"/> Prison		<input type="checkbox"/> Milieu de garde	<input type="checkbox"/> Autre	
Précisez le lieu de travail :		<input type="checkbox"/> RI/RTF/CR																	
<input type="checkbox"/> CH	<input type="checkbox"/> CLSC/CLIN./CAB.																		
<input type="checkbox"/> CHSLD	<input type="checkbox"/> Laboratoire																		
<input type="checkbox"/> RPA	<input type="checkbox"/> Dispensaire																		
<input type="checkbox"/> École	<input type="checkbox"/> Prison																		
<input type="checkbox"/> Milieu de garde	<input type="checkbox"/> Autre																		
<ul style="list-style-type: none"> • Précisez obligatoirement le nom du lieu de travail (ex. : Résidence du Cap, IGA Veilleux, etc.) 																			
Nom du lieu de travail (OBLIGATOIRE) : <input type="text"/>																			
Partie « Usager en milieu d'hébergement » :																			
<ul style="list-style-type: none"> • Est-ce que la personne dépistée est un usager hébergé ? • Cochez OUI ou NON • Si OUI, cochez le type d'hébergement 																			
<table border="0"> <tr> <td colspan="2">Si oui, précisez le type :</td> <td><input type="checkbox"/> Séjour en Centre Hospitalier</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> CHSLD</td> <td><input type="checkbox"/> Hébergement communautaire</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> RPA</td> <td><input type="checkbox"/> Dispensaire</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> RI/RTF/CR</td> <td><input type="checkbox"/> Autre</td> <td></td> </tr> </table>		Si oui, précisez le type :		<input type="checkbox"/> Séjour en Centre Hospitalier	<input type="checkbox"/> CHSLD	<input type="checkbox"/> Hébergement communautaire		<input type="checkbox"/> RPA	<input type="checkbox"/> Dispensaire		<input type="checkbox"/> RI/RTF/CR	<input type="checkbox"/> Autre							
Si oui, précisez le type :		<input type="checkbox"/> Séjour en Centre Hospitalier																	
<input type="checkbox"/> CHSLD	<input type="checkbox"/> Hébergement communautaire																		
<input type="checkbox"/> RPA	<input type="checkbox"/> Dispensaire																		
<input type="checkbox"/> RI/RTF/CR	<input type="checkbox"/> Autre																		
<ul style="list-style-type: none"> • Si OUI, précisez obligatoirement le nom (ex. : Pavillon 123) 																			
Nom du milieu d'hébergement (OBLIGATOIRE) : <input type="text"/>																			
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 :																			
<ul style="list-style-type: none"> • CLINIQUE DÉPISTAGE COVID-19 (LÉVIS) (AUTO) • CLINIQUE ÉVALUATION COVID-19 (LÉVIS) • CLINIQUE ÉVALUATION MOBILE COVID 																			
Cochez OUI ou NON si la personne a effectué un voyage hors Québec dans les 14 derniers jours. Si OUI, précisez le pays ou la province visitée.																			
Dans le cadre de l'utilisation de la plateforme « Health Connect » de Deloitte, le code TRU fourni par la plateforme doit être retranscrit à cet endroit dans la requête.																			
En cas de suspicion de réinfection (2ème épisode 90 jours après le 1er épisode confirmé par TAAN), cochez OUI et demander à la personne dépistée la date de son premier test positif.																			
Si le dépistage est réalisé en contexte d'écllosion et supervisé par la Direction de la Santé Publique (DSPU) du CISSSCA, cochez OUI et inscrivez le numéro de référence fourni par la DSPU.																			
ZONE IDENTIFICATION DU PRESCRIPTEUR																			
<ul style="list-style-type: none"> • 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 : 																			
<table border="0"> <tr> <td>Obligatoire : Romero Chica, Liliana</td> <td>N° permis : 18623</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Si autre prescripteur ▼</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Nom : <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td colspan="2">Prénom : <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td colspan="2">N° permis : <input type="text"/></td> </tr> </table>		Obligatoire : Romero Chica, Liliana	N° permis : 18623	Si autre prescripteur ▼		Nom : <input type="text"/>		Prénom : <input type="text"/>		N° permis : <input type="text"/>									
Obligatoire : Romero Chica, Liliana	N° permis : 18623																		
Si autre prescripteur ▼																			
Nom : <input type="text"/>																			
Prénom : <input type="text"/>																			
N° permis : <input type="text"/>																			
ZONE IDENTIFICATION DU SPÉCIMEN																			
<ul style="list-style-type: none"> • Utiliser étiquette Avery Modèle #51660 dimension 1 X 2 5/8 pouces • Indiquez obligatoirement sur l'étiquette en lettres moulées : 																			
<ul style="list-style-type: none"> • Nom • Prénom • Date de naissance • RAMQ 																			
<table border="1"> <tr> <td>Nom : <i>Tralala</i></td> </tr> <tr> <td>Prénom : <i>Lala</i></td> </tr> <tr> <td>Date de naissance : <i>2005-09-19</i></td> </tr> <tr> <td>RAMQ : <i>TRALALELALA45678</i></td> </tr> </table>		Nom : <i>Tralala</i>	Prénom : <i>Lala</i>	Date de naissance : <i>2005-09-19</i>	RAMQ : <i>TRALALELALA45678</i>														
Nom : <i>Tralala</i>																			
Prénom : <i>Lala</i>																			
Date de naissance : <i>2005-09-19</i>																			
RAMQ : <i>TRALALELALA45678</i>																			

ZONE IDENTIFICATION DE LA RÉGION SOCIOSANITAIRE DE L'USAGER													
<ul style="list-style-type: none"> • 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. 													
<input type="checkbox"/> Si RSS inconnu, inscrire le code postal : <input type="text"/>													
ZONE IDENTIFICATION DE LA PRIORITÉ (Voir verso pour définitions)													
Si la personne dépistée <u>présente</u> des SYMPTOMES* compatibles de la COVID-19													
<ul style="list-style-type: none"> • Cochez OUI • Identifiez UNE priorité représentant la situation parmi les suivantes 													
<input type="checkbox"/> OUI → choisir UNE priorité « M... » représentant la situation ▼													
<table border="0"> <tr> <td>Patients en milieu de soins aigus (urgence, hôpital)</td> <td>M1</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Usager en milieu d'hébergement (CHSLD, RPA, RI-RTF, etc.)</td> <td>M2</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Travailleur de la santé</td> <td>M3</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Dans la communauté (population)</td> <td>M7</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>		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"/>
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 <u>ne présente pas</u> de SYMPTOMES* compatibles de la COVID-19													
<ul style="list-style-type: none"> • Cochez NON • Identifiez UNE priorité représentant la situation parmi les suivantes 													
<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"/>													
Confirmation d'un résultat positif à un test de détection rapide des antigènes (ou à un autre test autoadministré) M23 <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 : <input type="text"/> M22 <input type="checkbox"/>													
Confirmation d'un résultat positif à un test de détection rapide des antigènes (ou à tout autre test autoadministré) M24 <input type="checkbox"/>													
Milieu scolaire confirmation résultat test rapide M25 <input type="checkbox"/>													
* Les symptômes de la COVID-19 sont les suivants :													
<ul style="list-style-type: none"> • fièvre; • symptômes généraux : perte soudaine d'odorat sans congestion nasale, avec ou sans perte du goût; grande fatigue; perte d'appétit importante; douleurs musculaires généralisées (non liées à un effort physique); mal de tête; • symptômes respiratoires : toux (nouvelle ou aggravée); essoufflement, difficulté à respirer; mal de gorge; nez qui coule ou nez bouché; • symptômes gastro-intestinaux : nausées; vomissements; diarrhée; maux de ventre. 													
Les symptômes peuvent être légers ou plus sévères comme ceux associés à la pneumonie.													
Source : Gouvernement du Québec (2021, 23 février 2021). Symptômes, transmission et traitement, La maladie à coronavirus (COVID-19) au Québec. https://www.quebec.ca/sante/problemes-de-sante/a-z/coronavirus-2019/symptomes-transmission-traitement/													

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 (2021-05-25)).

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.
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 autoadministré. Il est préférable d'utiliser l'écouvillonnage gorge/nasopharynx pour ces cas comme premier choix.
M24	Les personnes, autres que les travailleurs de la santé, se présentant pour confirmer un résultat positif à un test de détection rapide des antigènes ou à tout autre test autoadministré. Il est préférable d'utiliser l'écouvillonnage gorge/nasopharynx pour ces cas comme premier choix.
M25	Les élèves qui viendront se faire dépister en CDD, pour la confirmation d'un résultat positif à un test antigénique.