

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 16 février 2022

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 de prendre en compte la révision par le MSSS des priorités d'accès aux tests de détection du virus.

Essentiellement, le dépistage par test PCR en cas de symptômes est maintenant accessible uniquement aux personnes à risque élevé, à celles qui travaillent auprès de clientèles vulnérables et aux travailleurs essentiels tel que défini dans la directive DGSP-001 (REV 6). La requête COVID-19 a donc été modifiée en cohérence avec la dernière version du tableau des priorités (retrait de certaines indications/priorités et modification/précision de certaines autres).

Prendre note également que certaines variables ont changé :

Ajout :

- Milieu de travail

Milieu de travail	
Travailleur de la santé :	<input type="checkbox"/> CISSSCA <input type="checkbox"/> Hors CISSSCA
<input type="checkbox"/> Centre Hospitalier	<input type="checkbox"/> Milieu d'hébergement en CHSLD
<input type="checkbox"/> Milieu d'hébergement en RPA	<input type="checkbox"/> CLSC/Clinique/Cabinet
<input type="checkbox"/> Milieu d'hébergement en RI-RTF-CR-RAC	
Fournisseur de soins et services essentiels	<input type="checkbox"/>
Scolaire <input type="checkbox"/>	Autre <input type="checkbox"/>
Nom du lieu de travail (OBLIGATOIRE) : _____	

Retraits :

- Contact avec un cas confirmé
- Vaccination COVID post 14 jours
- Suspicion de réinfection

Nous vous rappelons que la complétion de cette requête est **obligatoire** lors de tout dépistage de la COVID-19, que la requête soit remplie électroniquement (idéalement) dans SoftLab ou MédiClinic, ou qu'elle soit remplie de façon manuscrite. 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 et pour choisir la bonne priorité/indication M.

À noter que si le test de dépistage est prescrit par un médecin ou une infirmière praticienne spécialisée, il est important d'inscrire leur nom comme « autre prescripteur » et de biffer alors celui de Dre Romero (si requête papier). Cette façon de faire permettra une prise en charge du résultat et du traitement le cas échéant, en ne créant aucune entrave au processus de santé publique (réception et divulgation du résultat en plus des mesures préventives à suivre).

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



Dr^e Jeannot Dumaresq

Microbiologiste-infectiologue

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

ZONE IDENTIFICATION DE L'USAGER	
Nom :	
Prénom :	
Sexe : <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Autre	Code postal :
Date de naissance :	
RAMQ :	
Téléphone :	Cellulaire :
Courriel :	
Milieu de travail	
Travailleur de la santé : <input type="checkbox"/> CISSSCA <input type="checkbox"/> Hors CISSSCA	
<input type="checkbox"/> Centre Hospitalier	<input type="checkbox"/> Milieu d'hébergement en CHSLD
<input type="checkbox"/> Milieu d'hébergement en RPA	<input type="checkbox"/> CLSC/Clinique/Cabinet
<input type="checkbox"/> Milieu d'hébergement en RI-RTF-CR-RAC	
Fournisseur soins et services essentiels <input type="checkbox"/>	Scolaire <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>
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 d'échantillon : <input type="checkbox"/> Gorge-nasopharynx <input type="checkbox"/> Gargarisme	
<input type="checkbox"/> Gorge-narine(s)	<input type="checkbox"/> Nasopharynx <input type="checkbox"/> Narines
Code unique TRU :	TR- :
Dépistage en contexte d'éclosion? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	
No de référence : _____	
ZONE IDENTIFICATION DE LA RÉGION SOCIOSANITAIRE DU PATIENT	
<input type="checkbox"/> 01 Bas Saint-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 DU PRESCRIPTEUR	
Obligatoire : Romero Chica, Liliana	N° permis : 18623
Si autre prescripteur ▼ ► N° permis : _____	
Nom : _____	
Prénom : _____	

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 (ex. : urgence, hôpital) ou qui subiront une thérapie immunosuppressive (ex. : chimiothérapie)	M1 <input type="checkbox"/>
Usager en milieu d'hébergement ou à assistance continue (CHSLD, RPA, RI-RTF, RAC)	M2 <input type="checkbox"/>
Travailleur de la santé en contact avec des patients/usagers	M3 <input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Policiers, pompiers premiers répondants et le personnel de sécurité de l'Assemblée nationale symptomatiques ▪ Personnel scolaire et celui des différents milieux de garde symptomatique ▪ Personnes bénéficiant d'exemptions temporaires pour traitement et services médicaux essentiels selon Transports Canada ▪ Personnes sans abri ou en précarité résidentielle ▪ Personnes issues des communautés des Premières Nations, des Inuits, des Métis et travailleurs dans ces communautés ▪ Patients ambulatoires pour lesquels un traitement aux anticorps monoclonaux est envisagé avec prescriptions ▪ Personnes proches aidantes et les personnes de 70 ans et plus 	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"/>
Intubation ou autre IMGA reconnue prévue d'ici 48h	M11 <input type="checkbox"/>
Bronchoscopie prévue d'ici 48h	M12 <input type="checkbox"/>
Greffe imminente (donneur et receveur)	M4 <input type="checkbox"/>
CLIENTÈLE VULNÉRABLE (MILIEU DE VIE)	
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 <input type="checkbox"/>
Admission en milieu de vie collectif (ex. : refuge, milieu carcéral, centre jeunesse, RAC, foyers de groupe)	M16 <input type="checkbox"/>
TRAVAILLEUR DE LA SANTÉ ET PROCHES AIDANTS	
Dépistage systématique dans le cadre de directives provinciales	M17 <input type="checkbox"/>
Transfert de zone chaude vers zone froide	M20 <input type="checkbox"/>
Confirmation d'un résultat positif à un test de détection antigénique rapide (ou à un autre test auto-administré)	M23 <input type="checkbox"/>
ÉCLOSION	
Personnel en contact avec usagers en milieu de soins/hébergement	M5 <input type="checkbox"/>
Usager/contact dans un milieu à haut risque	M6 <input type="checkbox"/>
Autre milieu de travail sur recommandation de la santé publique	M14 <input type="checkbox"/>
AUTRES SITUATIONS	
Travailleurs de la santé et membres de leur domicile ayant eu un contact domiciliaire avec un cas de COVID-19	M13 <input type="checkbox"/>
Confirmation de la guérison sur prescription d'un clinicien, de la santé publique ou d'un officier de prévention des infections	M19 <input type="checkbox"/>
Programme de gestion des entrées dans les régions isolées	M18 <input type="checkbox"/>
Autre indication prescrite par la santé publique, un infectiologue ou un officier de prévention des infections	M21 <input type="checkbox"/>
ZONE IDENTIFICATION DU SPÉCIMEN	
Utiliser étiquette Avery Modèle #51660 dimension 1 X 2 5/8 pouces	Nom : <u>TRALIA</u>
Indiquez obligatoirement sur l'étiquette en lettres moulées :	Prénom : <u>LILA</u>
Nom prénom, Date de naissance	Date de naissance : <u>2005-09-19</u>
EXEMPLE ►	RAMQ : <u>TRALIL12545678</u>

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.
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.

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.											
Section « Milieu de travail » : 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 CISSSCA ou hors CISSS CA. Pour TOUS les travailleurs (de la santé ou non), cochez le lieu de travail : <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Centre Hospitalier</td> <td><input type="checkbox"/> Milieu d'hébergement en CHSLD</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Milieu d'hébergement en RPA</td> <td><input type="checkbox"/> CLSC/Clinique/Cabinet</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Milieu d'hébergement en RI-RTF-CR-RAC</td> <td></td> </tr> </table> Précisez <u>obligatoirement</u> le nom du lieu de travail (ex. : Résidence du Cap) : <input type="text" value="Nom du lieu de travail (OBLIGATOIRE) :"/> 		<input type="checkbox"/> Centre Hospitalier	<input type="checkbox"/> Milieu d'hébergement en CHSLD	<input type="checkbox"/> Milieu d'hébergement en RPA	<input type="checkbox"/> CLSC/Clinique/Cabinet	<input type="checkbox"/> Milieu d'hébergement en RI-RTF-CR-RAC					
<input type="checkbox"/> Centre Hospitalier	<input type="checkbox"/> Milieu d'hébergement en CHSLD										
<input type="checkbox"/> Milieu d'hébergement en RPA	<input type="checkbox"/> CLSC/Clinique/Cabinet										
<input type="checkbox"/> Milieu d'hébergement en RI-RTF-CR-RAC											
Section « Usager en milieu d'hébergement » : Est-ce que la personne dépistée est un usager hébergé?											
<ul style="list-style-type: none"> Cochez OUI ou NON. Si OUI, cochez le type d'hébergement concerné : <table border="0"> <tr> <td>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> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> RPA</td> <td><input type="checkbox"/> Dispensaire</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> RI/RTF/CR</td> <td><input type="checkbox"/> Autre</td> </tr> </table> Si OUI, précisez <u>obligatoirement</u> le nom du milieu (ex. : Pavillon 123) : <input type="text" value="Nom du milieu d'hébergement (OBLIGATOIRE) :"/> 		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										
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 si OUI ou NON 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 : <table border="0"> <tr> <td>Code unique TRU :</td> <td>TR- :</td> </tr> </table>		Code unique TRU :	TR- :								
Code unique TRU :	TR- :										
Si le dépistage est réalisé en contexte d'éclosion 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 CISSSCA, 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. Si le test de dépistage est prescrit par un médecin ou une infirmière praticienne spécialisée, il est important d'inscrire leur nom comme « autre prescripteur » et de biffer alors celui de la Dre Romero (si requête papier). Cette façon de faire permettra une prise en charge du résultat et du traitement le cas échéant, en ne créant aucune entrave au processus de santé publique (réception et divulgation du résultat en plus des mesures préventives à suivre). <table border="1"> <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 :</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Prénom :</td> </tr> <tr> <td colspan="2">N° permis :</td> </tr> </table>		Obligatoire : Romero Chica, Liliana	N° permis : 18623	Si autre prescripteur ▼		Nom :		Prénom :		N° permis :	
Obligatoire : Romero Chica, Liliana	N° permis : 18623										
Si autre prescripteur ▼											
Nom :											
Prénom :											
N° permis :											
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 et RAMQ <table border="1"> <tr> <td>Nom : <u>Tréala</u></td> </tr> <tr> <td>Prénom : <u>Lois</u></td> </tr> <tr> <td>Date de naissance : <u>2005-09-19</u></td> </tr> <tr> <td>RAMQ : <u>TRALL12345678</u></td> </tr> </table>		Nom : <u>Tréala</u>	Prénom : <u>Lois</u>	Date de naissance : <u>2005-09-19</u>	RAMQ : <u>TRALL12345678</u>						
Nom : <u>Tréala</u>											
Prénom : <u>Lois</u>											
Date de naissance : <u>2005-09-19</u>											
RAMQ : <u>TRALL12345678</u>											

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 indiquer 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 SYMPTÔMES* compatibles de la COVID-19 :																																																																			
<ul style="list-style-type: none"> Inscrivez la date du début des symptômes. Identifiez UNE priorité représentant la situation parmi les suivantes : <table border="1"> <tr> <td>Patients en milieu de soins aigus (ex. : urgence, hôpital) ou qui subissent une thérapie immunosuppressive (ex. : chimiothérapie)</td> <td>M1</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Usager en milieu d'hébergement ou à assistance continue (CHSLD, RPA, RI-RTF, RAC)</td> <td>M2</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Travailleur de la santé en contact avec des patients/usagers</td> <td>M3</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td> <ul style="list-style-type: none"> Personnel de police, pompiers premiers répondants et le personnel de sécurité de l'Assemblée nationale symptomatiques Personnel scolaire et celui de différents milieux de garde symptomatique Personnes bénéficiant d'exemptions temporaires pour traitement et services médicaux essentiels selon Transports Canada Personnes sans abri ou en précarité résidentielle Personnes issues des communautés des Premières Nations, des Inuits, des Métis et travailleurs dans ces communautés Personnes ambulatoires pour lesquels un traitement aux anticorps monoclonaux est envisagé avec prescriptions Personnes proches aidantes et les personnes de 70 ans et plus </td> <td>M7</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>		Patients en milieu de soins aigus (ex. : urgence, hôpital) ou qui subissent une thérapie immunosuppressive (ex. : chimiothérapie)	M1	<input type="checkbox"/>	Usager en milieu d'hébergement ou à assistance continue (CHSLD, RPA, RI-RTF, RAC)	M2	<input type="checkbox"/>	Travailleur de la santé en contact avec des patients/usagers	M3	<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> Personnel de police, pompiers premiers répondants et le personnel de sécurité de l'Assemblée nationale symptomatiques Personnel scolaire et celui de différents milieux de garde symptomatique Personnes bénéficiant d'exemptions temporaires pour traitement et services médicaux essentiels selon Transports Canada Personnes sans abri ou en précarité résidentielle Personnes issues des communautés des Premières Nations, des Inuits, des Métis et travailleurs dans ces communautés Personnes ambulatoires pour lesquels un traitement aux anticorps monoclonaux est envisagé avec prescriptions Personnes proches aidantes et les personnes de 70 ans et plus 	M7	<input type="checkbox"/>																																																						
Patients en milieu de soins aigus (ex. : urgence, hôpital) ou qui subissent une thérapie immunosuppressive (ex. : chimiothérapie)	M1	<input type="checkbox"/>																																																																	
Usager en milieu d'hébergement ou à assistance continue (CHSLD, RPA, RI-RTF, RAC)	M2	<input type="checkbox"/>																																																																	
Travailleur de la santé en contact avec des patients/usagers	M3	<input type="checkbox"/>																																																																	
<ul style="list-style-type: none"> Personnel de police, pompiers premiers répondants et le personnel de sécurité de l'Assemblée nationale symptomatiques Personnel scolaire et celui de différents milieux de garde symptomatique Personnes bénéficiant d'exemptions temporaires pour traitement et services médicaux essentiels selon Transports Canada Personnes sans abri ou en précarité résidentielle Personnes issues des communautés des Premières Nations, des Inuits, des Métis et travailleurs dans ces communautés Personnes ambulatoires pour lesquels un traitement aux anticorps monoclonaux est envisagé avec prescriptions Personnes proches aidantes et les personnes de 70 ans et plus 	M7	<input type="checkbox"/>																																																																	
Si la personne dépistée <u>ne présente pas</u> de SYMPTÔMES* compatibles de la COVID-19 :																																																																			
<ul style="list-style-type: none"> Identifiez UNE priorité représentant la situation parmi les suivantes : <table border="1"> <tr> <th colspan="3">CONTEXTE DE SOINS AIGUS (URGENCE, HÔPITAL)</th> </tr> <tr> <td>Thérapie immunosuppressive imminente (ex. : chimiothérapie)</td> <td>M10</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Admission à l'hôpital et <u>pré-opératoire</u></td> <td>M8</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Intubation ou autre IMGa reconnue prévue d'ici 48h</td> <td>M11</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Bronchoscopie prévue d'ici 48h</td> <td>M12</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Greffe imminente (donneur et receveur)</td> <td>M4</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <th colspan="3">CLIENTÈLE VULNÉRABLE (MILIEU DE VIE)</th> </tr> <tr> <td>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)</td> <td>M9</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Admission en milieu de vie collectif (ex. : refuge, milieu carcéral, centre jeunesse, RAC, foyers de groupe)</td> <td>M16</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <th colspan="3">TRAVAILLEUR DE LA SANTÉ ET PROCHES AIDANTS</th> </tr> <tr> <td>Dépistage systématique dans le cadre de directives provinciales</td> <td>M17</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Transfert de zone chaude vers zone froide</td> <td>M20</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Confirmation d'un résultat positif à un test de détection antigénique rapide (ou à un autre test auto-administré)</td> <td>M23</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <th colspan="3">ÉCLOSION</th> </tr> <tr> <td>Personnel en contact avec usagers en milieu de soins/hébergement</td> <td>M5</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Usager/contact dans un milieu à haut risque</td> <td>M6</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Autre milieu de travail sur recommandation de la santé publique</td> <td>M14</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <th colspan="3">AUTRES SITUATIONS</th> </tr> <tr> <td>Travailleurs de la santé et membres de leur domicile ayant eu un contact domiciliaire avec un cas de COVID-19</td> <td>M13</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Confirmation de la guérison sur prescription d'un clinicien, de la santé publique ou d'un officier de prévention des infections</td> <td>M19</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Programme de gestion des entrées dans les régions isolées</td> <td>M18</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Autre indication prescrite par la santé publique, un infectiologue ou un officier de prévention des infections</td> <td>M21</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>		CONTEXTE DE SOINS AIGUS (URGENCE, HÔPITAL)			Thérapie immunosuppressive imminente (ex. : chimiothérapie)	M10	<input type="checkbox"/>	Admission à l'hôpital et <u>pré-opératoire</u>	M8	<input type="checkbox"/>	Intubation ou autre IMGa reconnue prévue d'ici 48h	M11	<input type="checkbox"/>	Bronchoscopie prévue d'ici 48h	M12	<input type="checkbox"/>	Greffe imminente (donneur et receveur)	M4	<input type="checkbox"/>	CLIENTÈLE VULNÉRABLE (MILIEU DE VIE)			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	<input type="checkbox"/>	Admission en milieu de vie collectif (ex. : refuge, milieu carcéral, centre jeunesse, RAC, foyers de groupe)	M16	<input type="checkbox"/>	TRAVAILLEUR DE LA SANTÉ ET PROCHES AIDANTS			Dépistage systématique dans le cadre de directives provinciales	M17	<input type="checkbox"/>	Transfert de zone chaude vers zone froide	M20	<input type="checkbox"/>	Confirmation d'un résultat positif à un test de détection antigénique rapide (ou à un autre test auto-administré)	M23	<input type="checkbox"/>	ÉCLOSION			Personnel en contact avec usagers en milieu de soins/hébergement	M5	<input type="checkbox"/>	Usager/contact dans un milieu à haut risque	M6	<input type="checkbox"/>	Autre milieu de travail sur recommandation de la santé publique	M14	<input type="checkbox"/>	AUTRES SITUATIONS			Travailleurs de la santé et membres de leur domicile ayant eu un contact domiciliaire avec un cas de COVID-19	M13	<input type="checkbox"/>	Confirmation de la guérison sur prescription d'un clinicien, de la santé publique ou d'un officier de prévention des infections	M19	<input type="checkbox"/>	Programme de gestion des entrées dans les régions isolées	M18	<input type="checkbox"/>	Autre indication prescrite par la santé publique, un infectiologue ou un officier de prévention des infections	M21	<input type="checkbox"/>
CONTEXTE DE SOINS AIGUS (URGENCE, HÔPITAL)																																																																			
Thérapie immunosuppressive imminente (ex. : chimiothérapie)	M10	<input type="checkbox"/>																																																																	
Admission à l'hôpital et <u>pré-opératoire</u>	M8	<input type="checkbox"/>																																																																	
Intubation ou autre IMGa reconnue prévue d'ici 48h	M11	<input type="checkbox"/>																																																																	
Bronchoscopie prévue d'ici 48h	M12	<input type="checkbox"/>																																																																	
Greffe imminente (donneur et receveur)	M4	<input type="checkbox"/>																																																																	
CLIENTÈLE VULNÉRABLE (MILIEU DE VIE)																																																																			
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	<input type="checkbox"/>																																																																	
Admission en milieu de vie collectif (ex. : refuge, milieu carcéral, centre jeunesse, RAC, foyers de groupe)	M16	<input type="checkbox"/>																																																																	
TRAVAILLEUR DE LA SANTÉ ET PROCHES AIDANTS																																																																			
Dépistage systématique dans le cadre de directives provinciales	M17	<input type="checkbox"/>																																																																	
Transfert de zone chaude vers zone froide	M20	<input type="checkbox"/>																																																																	
Confirmation d'un résultat positif à un test de détection antigénique rapide (ou à un autre test auto-administré)	M23	<input type="checkbox"/>																																																																	
ÉCLOSION																																																																			
Personnel en contact avec usagers en milieu de soins/hébergement	M5	<input type="checkbox"/>																																																																	
Usager/contact dans un milieu à haut risque	M6	<input type="checkbox"/>																																																																	
Autre milieu de travail sur recommandation de la santé publique	M14	<input type="checkbox"/>																																																																	
AUTRES SITUATIONS																																																																			
Travailleurs de la santé et membres de leur domicile ayant eu un contact domiciliaire avec un cas de COVID-19	M13	<input type="checkbox"/>																																																																	
Confirmation de la guérison sur prescription d'un clinicien, de la santé publique ou d'un officier de prévention des infections	M19	<input type="checkbox"/>																																																																	
Programme de gestion des entrées dans les régions isolées	M18	<input type="checkbox"/>																																																																	
Autre indication prescrite par la santé publique, un infectiologue ou un officier de prévention des infections	M21	<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 (2022-02-10)).

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.
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.

ANNEXE 1 : Tableau des indications d'accès aux TANN laboratoire (tests PCR)

***Définition d'un travailleur de la santé dans le cadre de la directive DGSP-001**

Aux fins de compréhension et d'application adéquates de la présente directive, un **travailleur de la santé** est une personne travaillant ou exerçant sa profession ou un sous-contractant fournissant des soins et des services aux usagers ou aux résidents pour :

- Un établissement de santé et de services sociaux;
- Une ressource intermédiaire et les ressource de type familial (RI-RTF) ou une ressource à assistance continue (RAC);
- Une résidence privée pour aînés (RPA);
- Un centre d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD) privé conventionné ou non conventionné;
- Une entreprise d'économie sociale à domicile (EÉSAD);
- Un usager requérant les services chèque emploi-service (CES);
- Une maison de répit;
- Une maison de naissance;
- Une maison de soins palliatifs;
- Un milieu d'hébergement (incluant les communautés religieuses);
- Une ressource d'hébergement communautaire;
- Un centre de détention ;
- Une pharmacie;
- Une organisation offrant des services ambulanciers ;
- Tout autre installation ou organisation définie dans le cadre de directives provinciales (ex : DGGEOP-001).