

# Formulaire de dépistage du COVID-19 - PATIENT/ACCOMPAGNATEUR

Nom de la personne dépisté : _____	PRÉ-RDV		CLINIQUE		PRÉ-RDV		CLINIQUE		PRÉ-RDV		CLINIQUE		PRÉ-RDV		CLINIQUE		PRÉ-RDV		CLINIQUE	
Veuillez indiquer si le nom ci-dessus correspond au formulaire de dépistage du patient ou de l'accompagnateur :	DATE :		DATE :		DATE :		DATE :		DATE :		DATE :		DATE :		DATE :		DATE :		DATE :	
<input type="radio"/> Patient	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON
<input type="radio"/> Accompagnateur - nom du patient : _____																				
1- Avez-vous eu un test de dépistage positif à la COVID-19 depuis moins de 21 jours, en attente de résultat ou reçu une recommandation de passer un test de dépistage?																				
Présentez-vous les conditions suivantes :																				
2- Fièvre (plus de 38 °C ou 100,4 °F)																				
3- Toux récente ou chronique qui s'est aggravé																				
4- Difficulté respiratoire (par exemple : essoufflement ou difficulté à parler)																				
5- Perte subite de l'odorat (avec ou sans perte de goût)																				
6- Douleurs musculaires, mal de tête, fatigue intense ou importante perte d'appétit																				
7- Mal de gorge																				
8- Diarrhée																				
9- Avez-vous une condition de santé connue pouvant expliquer les symptômes rapportés ci-dessus?																				
Si oui, précisez : _____																				
Ne s'applique pas																				
10- Avez-vous été en contact étroit (au moins 15 minutes à moins de 2 mètres) avec un cas confirmé ou probable de la COVID-19? **																				
Signature de la personne qui a rempli le formulaire _____																				
→ Si le patient a répondu OUI à au moins une des conditions suivante : STATUS SUSPECTÉ/CONFIRMÉ																				
* OUI à la question 1																				
* OUI à au moins une des questions 2 à 5, sans autres causes apparentes (question 9)																				
* OUI à au moins deux des questions 6 à 8, sans autres causes apparentes (question 9)																				
* OUI à la question 10																				
→ Toutes autre réponse : STATUS ASYMPTOMATIQUE.																				
ASYMPTOMATIQUE																				
SUSPECTÉ/CONFIRMÉ																				

\*\* Cette condition exclut les travailleurs de la santé qui ont prodigué des soins à un cas confirmé ou suspecté de la COVID-19 avec les équipements de protection individuelle appropriés.

AJUSTEMENT ET NOTE :

DATE :

DATE :

DATE :

DATE :

DATE :

DATE :

DATE :

DATE :

DATE :

DATE :

DATE :

DATE :

DATE :

DATE :

DATE :

DATE :

DATE :

DATE :

DATE :

DATE :

DATE :

DATE :

DATE :