

Cette case doit contenir : N° dossier, nom, prénom, date de naissance, NAM, nom de la mère, prénom de la mère, nom du père, prénom du père

## DÉCLARATION ET SUIVI QUOTIDIEN CAS CLINIQUE D'INFECTION RESPIRATOIRE AIGÜE

Direction clinique \_\_\_\_\_ Programme \_\_\_\_\_ Site \_\_\_\_\_

Unité : \_\_\_\_\_ Date d'apparition des signes et symptômes : \_\_\_\_\_  
aaaa/mm/jj

**Précautions additionnelles (PA)**

Gouttelettes-contact  Gouttelettes-contact avec protection oculaire  Aériennes  Aériennes-contact  Aériennes-contact renforcées

**Début PA :** \_\_\_\_\_ **Int. :** \_\_\_\_\_ **Fin PA :** \_\_\_\_\_ **Int. :** \_\_\_\_\_  
aaaa/mm/jj aaaa/mm/jj

**Ordonnance collective :** CIUSSSCN-OC-2016-001-r02 : Dépister les virus respiratoires par écouvillonnage nasopharyngé

**Date dépistage :** \_\_\_\_\_ **Int. :** \_\_\_\_\_ **Résultat du dépistage :** \_\_\_\_\_ **Int. :** \_\_\_\_\_  
aaaa/mm/jj

**Examen diagnostique :** \_\_\_\_\_ **Date :** \_\_\_\_\_ **Int. :** \_\_\_\_\_  
aaaa/mm/jj

Signes et symptômes	aaaa/mm/jj			aaaa/mm/jj			aaaa/mm/jj			aaaa/mm/jj			aaaa/mm/jj		
	Nuit	Jour	Soir	N	J	S	N	J	S	N	J	S	N	J	S
<b>Si usager ne présente aucun de ces symptômes, cocher et apposer vos initiales au bas du formulaire</b>															
<b>La section suivante : Si absence d'un des symptômes, laisser la case vide :</b>															
Toux	<b>Si présent, préciser :</b> Nouvelle (N) Exacerbée (E) Diminuée (D) Occasionnelle (Occ)														
	<b>Si présent, préciser :</b> Sèche (S) ou Grasse (G)														
Expectorations	<b>Si présent, préciser :</b> Transparentes (T) Blanches (B) Jaunâtres (J) Verdâtres (V) Sanguinolentes (striées de sang) (S)														
Dyspnée	<b>Si présent, cocher</b>														
Tachypnée	<b>Si présent, cocher</b>														
Hyperthermie	<b>Si présent, cocher</b>														
État général	<b>Si changement, préciser :</b> Diminué (D) ou Amélioré (A)														
État cognitif	<b>Si changement, préciser :</b> Diminué (D) ou Amélioré (A)														
Rhinorrhée	<b>Si présent, préciser :</b> Transparentes (T) Blanches (B) Jaunâtres (J) Verdâtres (V)														
Céphalées	<b>Si présent, cocher</b>														
Mal de gorge	<b>Si présent, cocher</b>														
Voix rauque	<b>Si présent, cocher</b>														
Bradycardie	<b>Si présent, cocher</b>														
Tachycardie	<b>Si présent, cocher</b>														
Myalgie	<b>Si présent, cocher</b>														
Plan thérapeutique infirmier (PTI) si ajusté, cocher															
Initiales de l'infirmière															
Apposer vos initiales si note au dossier est rédigée															

Nom :

N° dossier :

### Aide-Mémoire

Cas clinique d'infection respiratoire aiguë (CCIRA)		Pneumonie
COVID-19	Autres virus respiratoires	
<input type="checkbox"/> Toux <b>OU</b> <input type="checkbox"/> Fièvre <b>OU</b> <input type="checkbox"/> Difficulté respiratoire <b>OU</b> <input type="checkbox"/> Anosmie sans obstruction nasale <b>OU</b> <input type="checkbox"/> Agueusie (perte du goût) <b>OU</b> <input type="checkbox"/> Dysgueusie (trouble du goût)	Symptôme d'apparition brusque : <input type="checkbox"/> Toux <b>OU</b> <input type="checkbox"/> Fièvre <b>ET</b> Accompagnés d'au moins un des symptômes	<input type="checkbox"/> Fièvre ou hypothermie <input type="checkbox"/> Toux <input type="checkbox"/> Tachypnée ou dyspnée <input type="checkbox"/> Bradycardie ou tachycardie <input type="checkbox"/> Expectorations nouvelles/changées/augmentées <input type="checkbox"/> Anomalies nouvelles ou modifiées à l'examen physique <input type="checkbox"/> Détérioration état physique <input type="checkbox"/> Détérioration état cognitif <b>ET</b> <input type="checkbox"/> Confirmation par rayons-X pulmonaire <b>OU</b> <input type="checkbox"/> Diagnostic médical
	<b>Chez adulte</b> <input type="checkbox"/> Détérioration état physique <input type="checkbox"/> Détérioration état cognitif <input type="checkbox"/> Céphalées <input type="checkbox"/> Myalgie <input type="checkbox"/> Arthralgie <input type="checkbox"/> Mal de gorge (voix rauque) <input type="checkbox"/> Fatigue extrême	<b>Chez l'enfant</b> <input type="checkbox"/> Diminution état général physique ou mental <input type="checkbox"/> Céphalées <input type="checkbox"/> Myalgie <input type="checkbox"/> Arthralgie <input type="checkbox"/> Mal de gorge (voix rauque) <input type="checkbox"/> Fatigue extrême <input type="checkbox"/> Nausées <input type="checkbox"/> Vomissements <input type="checkbox"/> Diarrhée <input type="checkbox"/> Douleurs abdominales
<input type="checkbox"/> <b>PA Gouttelettes-contact avec protection oculaire</b> (sans intervention médicale générant des aérosols <b>(IMGA)</b> ) <input type="checkbox"/> <b>PA Aériennes-contact renforcées si IMGA</b>	<input type="checkbox"/> <b>PA Gouttelettes-contact</b> (s'assurer que la COVID-19 a été exclu)	

Tuberculose	Rougeole
<input type="checkbox"/> Suspicion ou confirmation du diagnostic <input type="checkbox"/> Maladie à déclaration obligatoire (MADO)	
<input type="checkbox"/> <b>PA Aériennes</b>	<input type="checkbox"/> <b>PA Aériennes-contact</b>

Notes complémentaires	Initiales

Initiales	Signature infirmière	Initiales	Signature infirmière

Acheminer (confidentiel) par télécopieur : 418-577-8969

Si vous avez reçu le présent message par erreur, veuillez aviser immédiatement le Service de PCI/Merci de votre collaboration