

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 : \_\_\_\_\_  
 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

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	Si présent, préciser : Nouvelle (N) Exacerbée (E) Diminuée (D) Occasionnelle (Occ)														
	Si présent, préciser : Sèche (S) ou Grasse (G)														
Expectorations	Si présent, préciser : Transparentes (T) Blanches (B) Jaunâtres (J) Verdâtres (V) Sanguinolentes (striées de sang) (S)														
Dyspnée	Si présent, cocher														
Tachypnée	Si présent, préciser														
Hyperthermie	Si présent, préciser														
État général	Si changement, préciser : Diminué (D) ou Amélioré (A)														
État cognitif	Si changement, préciser : Diminué (D) ou Amélioré (A)														
Rhinorrhée	Si présent, préciser : Transparentes (T) Blanches (B) Jaunâtres (J) Verdâtres (V)														
Céphalées	Si présent, cocher														
Mal de gorge	Si présent, cocher														
Voix rauque	Si présent, cocher														
Bradycardie	Si présent, préciser														
Tachycardie	Si présent, préciser														
Myalgie	Si présent, cocher														
Note au dossier, cocher															
Complété par (initiales)															
Suivi de l'infirmière (initiales)															

Nom :

N° dossier :

**Aide-Mémoire**

**Cas clinique d'infection respiratoire aiguë (CCIRA)**

**Pneumonie**

**COVID-19**

**Autres virus respiratoires**

- Toux
- OU**
- Fièvre
- OU**
- Difficulté respiratoire
- OU**
- Anosmie sans obstruction nasale
- OU**
- Agueusie (perte du goût)
- OU**
- Dysgueusie (trouble du goût)

Symptôme d'apparition brusque :

- Toux (nouvelle ou aggravée) **ET**  Fièvre (sans autre symptôme)

- Toux (nouvelle ou aggravée) **OU**  Fièvre **ET**

Accompagnés d'au moins un des symptômes :

**Chez adulte**

- Détérioration état physique
- Détérioration état cognitif
- Céphalées
- Myalgie
- Arthralgie
- Mal de gorge (voix rauque)
- Fatigue extrême

**Chez l'enfant**

- Diminution état général physique ou mental
- Céphalées
- Myalgie
- Arthralgie
- Mal de gorge (voix rauque)
- Fatigue extrême
- Nausées
- Vomissements
- Diarrhée
- Douleurs abdominales

- Fièvre ou hypothermie
- Toux
- Tachypnée ou dyspnée
- Bradycardie ou tachycardie
- Expectations nouvelles/changées/augmentées
- Anomalies nouvelles ou modifiées à l'examen physique
- Détérioration état physique
- Détérioration état cognitif
- ET**
- Confirmation par rayons-X pulmonaire
- OU**
- Diagnostic médical

- PA Gouttelettes-contact avec protection oculaire** (sans intervention médicale générant des aérosols **(IMGA)**)
- PA Aériennes-contact renforcées si IMGA**

- PA Gouttelettes-contact** (s'assurer que la COVID-19 a été exclu)

**Tuberculose**

**Rougeole**

- Suspicion ou confirmation du diagnostic
- Maladie à déclaration obligatoire (MADO)

- PA Aériennes**

Notes complémentaires

Initiales


Initiales	Signature	Profession	Initiales	Signature	Profession

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