Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale
Québec

Nº 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 AIGUË

Direction clinique : Programme : Site :

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

Précautions additionnelles (PA)

☐ ~~G~~outtelettes-contact ☐ Aériennes ☐ Aériennes-contact **Début** PA : _____ aaaa/mm/jj **Int.** : _____ **Fin** PA _____ aaaa/mm/jj **Int.** : _____

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

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

Signes et symptômes		aaaa/mm/jj			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**	**N**	**J**	**S**
Si usager ne présente aucun de ces symptômes, cocher et apposer vos initiales au bas du formulaire																			
La section suivante : Si absence d'un des symptômes, laisser la case vide :																			
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) (Incluant COVID-19)

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

Pneumonie

- ☐ Fièvre ou hypothermie
- ☐ Toux
- ☐ Tachypnée ou dyspnée
- ☐ Bradycardie ou tachycardie
- ☐ Expectorations 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**
☐ **PA Aériennes-contact** si COVID-19 positif confirmé et IMGA

Tuberculose

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

☐ **PA Aériennes**

Rougeole

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