**Formulaire signalement d’un cas positif de COVID-19 dans le milieu communautaire**

Un organisme communautaire, un immeuble de logements sociaux ou une entreprise d’économie sociale en aide à domicile (EÉSAD) peuvent informer la Direction de santé publique du CIUSSS de la Capitale-Nationale d’un cas positif de COVID-19 parmi leurs participants, leurs bénévoles ou leurs travailleurs. Ceci permet d’entamer une enquête épidémiologique qui tient davantage compte des particularités de ces milieux. Le signalement n’est pas obligatoire et doit être fait avec la volonté des personnes impliquées. Une enquête épidémiologique sera réalisée auprès de la personne atteinte, même sans signalement préalable.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Identification de la personne ayant reçu un résultat positif à un test de dépistage COVID-19.** | Prénom et nom : | | | | | | | |  | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | |  |
| Date de naissance : | | | | | | | |  | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | |  |
| **Informations sur le (les) milieu(x) fréquenté(s) par la personne**  **ayant obtenu un résultat positif à un test de dépistage COVID-19.** | La personne doit avoir fréquenté obligatoirement un des trois milieux suivants : | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Organisme communautaire | | | | | | | | | | | | | | | |
| Précisez le nom : | | | | | | | |  | | | | | | |  |
|  | Entreprise d’économie sociale en aide à domicile (EÉSAD) | | | | | | | | | | | | | | | |
| Précisez le nom : | | | | | | | |  | | | | | | |  |
|  | Immeuble de logements sociaux | | | | | | | | | | | | | | | |
| Précisez le nom : | | | | | | | |  | | | | | | |  |
| Est-ce un hébergement temporaire ou d’urgence? | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | oui | |  | |  | | | non | | | | | | | | |
| Est-ce un immeuble de logements sociaux avec des aires communes? | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | oui | |  | |  | | | non | | | | | | | | |
| Le milieu a-t-il été fréquenté par 2 personnes ou plus ayant obtenu un résultat positif à un test de dépistage COVID-19? | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | oui | |  | |  | | | non | | |  | | | je ne sais pas | | |
| Est-ce que les [mesures de prévention](https://www.ciusss-capitalenationale.gouv.qc.ca/sante-publique/coronavirus/deconfinement/milieux-communautaires/activite-groupe-rassemblement) sont appliquées dans le milieu? | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | oui | |  | |  | | | non | | |  | | | je ne sais pas | | |
| **Informations supplémentaires sur la personne ayant obtenu un résultat positif à un test de dépistage COVID-19.**  **\*** Remplir uniquement si l’information est déjà disponible. Il n’est pas nécessaire de questionner la personne pour répondre à ces questions. | La personne a-t-elle fréquenté plusieurs organismes communautaires, logements sociaux ou EÉSAD? | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | oui | | |  |  | | | non | | |  | | | je ne sais pas | | |
| La personne a-t-elle visité un milieu de soins ou de vie (ex. : résidence privée pour ainés, centre d’hébergement de soins de longue durée, ressource intermédiaire, etc.)? | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | oui | |  | |  | | | non | | |  | | | je ne sais pas | | |
| La personne a-t-elle été en contact avec une ou des personnes à moins de 2 mètres et plus de 15 minutes? | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | oui | |  | |  | | | non | | |  | | je ne sais pas | | | |
| * **Si oui**, la personne portait-elle adéquatement un équipement de protection individuelle (ÉPI) ou un masque médical de qualité (jetable)? | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | oui | | | |  |  | | | non | |  | | | je ne sais pas | |
| **Informations supplémentaires.** | Toutes autres informations que vous souhaitez nous partager : | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Nom de la personne ayant rempli le formulaire.** | Prénom et nom : | | | | | | | | |  | | | | | | |  |
| Numéro de téléphone : | | | | | | | | |  | | | | | | |  |
| Adresse courriel : | | | | | | | | |  | | | | | | |  |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | |

Remplir et acheminer le formulaire à l’adresse courriel suivante : [dsp.covid19.communautaire.ciussscn@ssss.gouv.qc.ca](mailto:dsp.covid19.communautaire.ciussscn@ssss.gouv.qc.ca).