

**COVID-19 –
OUTIL DE DÉPISTAGE- PATIENTS ADMIS**
Soins infirmiers

No. chambre		Département	
Zone		Établissement	

COVID-19 Critères			
Température > 38.0 ou l'association de 2 critères cliniques	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Diarrhée	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Nouvelle toux ou une toux chronique qui s'aggrave	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Perte du goût ou de l'odorat	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Mal de gorge	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Myalgie : nouvellement apparue	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Céphalée	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Fatigue : nouvellement apparue	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Écoulement nasal	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Tout nouveau symptôme atypique	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Collecte d'échantillon					
Écouvillon prélevé	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Date	____ - ____ - ____ aaaa mm jj	Heure	____ : ____
Signature					

- Autorisez-vous le Bureau d'appui régional à la recherche du CHU Dr-Georges-L-Dumont à communiquer avec vous pour parler d'une possibilité de participation à un projet de recherche sur la Covid-19?
- Vous comprenez qu'en acceptant, vous donnez seulement l'autorisation au bureau de communiquer avec vous pour vous informer sur le projet de recherche et que cela ne vous engage pas à participer au projet.
 - Oui, je donne l'autorisation au bureau de communiquer avec moi au sujet du projet
 - Non, je ne donne pas l'autorisation au bureau de communiquer avec moi au sujet du projet.

Tous les champs doivent être remplis.			
Ce formulaire doit être <u>ENVOYÉ PAR TÉLÉCOPIEUR</u> au bureau de la Santé publique de votre zone.			
<input type="checkbox"/> Envoyé -Date : _____ Heure : _____			
Zone 1B	Zone 4	Zone 5	Zone 6
856-3544	735-2340	789-2349	547-7459



**COVID-19 –
SCREENING TOOL - ADMITTED PATIENTS**
Nursing

Room #		Department	
Zone		Facility	

COVID-19 Criteria				
Temperature > 38.0 or 2 associated clinical criteria's	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		Diarrhea	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
New onset of cough or aggravating chronic cough	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		Loss of taste or smell	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Sore throat	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		New onset of Myalgia	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Headache	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		New onset of Fatigue	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Runny nose	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		Any new atypical symptom	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No

Specimen collection					
Swab collected	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Date	____ - ____ - ____ yyyy mm dd	Time	____ : ____
Signature					

- Do you authorize the Regional Office of Research Services of the Dr. Georges-L.-Dumont UHC to contact you about the possibility of participating in a research project on COVID-19?
- You understand that, by agreeing, you are only authorizing the office to contact you with information about the research project and that you are not committed to participating in the project.
 - Yes, I authorize the office to contact me about the project.
 - No, I do not authorize the office to contact me about the project.

<p>All fields must be completed. This form should be <u>SENT BY FAX</u> to Public Health Office of your zone. <input type="checkbox"/> Send-Date: _____ Time: _____</p>			
Zone 1B	Zone 4	Zone 5	Zone 6
856-3544	735-2340	789-2349	547-7459