

COVID-19 - Outil de dépistage

Dépistage de patient

Nom : _____
 Téléphone : _____
 DDN : _____
 No. d'assurance maladie : _____
 Code postal : _____

Date de la visite : _____ Heure : _____
 (aaaa-mm-jj)

Provenance de la référence :
 811 Urgence Médecin ou infirmière praticienne Santé publique Autre, préciser : _____

Détail du cas

Est-ce que le patient a voyagé dans les derniers 14 jours? Oui Non
 Si oui, pays ou province voyagé : _____ Date du retour : _____
 (aaaa-mm-jj)

Est-ce que le patient a été en contact avec une personne avec maladie respiratoire aiguë qui a voyagé dans les derniers 14 jours? Oui Non

Est-ce que le patient a été en contact avec un cas confirmé ou probable de COVID-19? Oui Non

Critères de dépistage COVID-19

Doit présenter avec l'un des éléments suivants:	ET	Doit répondre à l'un des critères suivants :
<input type="checkbox"/> Température > 38.0	ET	<input type="checkbox"/> Voyagé à l'extérieur du Nouveau-Brunswick au cours des 14 derniers jours
<input type="checkbox"/> Antécédents récents de fièvre / frissons		<input type="checkbox"/> Contact avec un cas confirmé ou probable au cours des 14 derniers jours
<input type="checkbox"/> Apparition d'une toux (ou exacerbation de la toux chronique)		<input type="checkbox"/> Contact étroit avec une personne atteinte d'une maladie respiratoire aiguë qui a voyagé à l'extérieur du Nouveau-Brunswick au cours des 14 derniers jours
		<input type="checkbox"/> A été exposé en laboratoire à du matériel biologique (p. ex. Échantillons cliniques primaires, virus isolats de cultures) connus pour contenir COVID-19.

Le patient répond aux critères de dépistage :

- Oui (Envoyer ce formulaire par télécopieur à la clinique appropriée.)**
 Non (Envoyer à la maison avec des instructions.)

Signature du médecin recommandant, de l'infirmière praticienne recommandante ou de l'infirmière immatriculée : _____

**VEUILLEZ remplir tous les champs
 et envoyer par télécopieur à la clinique la plus proche de la résidence du patient.**

CHUDGLD - Moncton 869-2033	Hôpital Stella-Maris-de-Kent 743-7876	Hôpital régional d'Edmundston 739-2876
Hôpital général de Grand-Sault 473-7400	Hôtel-Dieu Saint-Joseph de Saint-Quentin 235-7212	Hôpital Régional de Campbellton 789-5354
Hôpital régional Chaleur 544-2034	Hôpital de l'Enfant-Jésus RHSJ† 726-5409	Hôpital de Tracadie Sheila 394-3087

Pour les patients à mobilité réduite qui répondent aux critères d'admission du PEM, faxer ce formulaire au centre de coordination du PEM. **Programme Extra-mural
872-6601**