RÉSEAU DE SANTÉ vitalité HEALTH NETWORK

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

COVID-19 - Outil de dépistage
Dépistage de patient

☑ Vitalité Zone : ❒ 1B ❒ 4 ❒ 5 ❒ 6 Établissement : _____

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

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 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:		Doit répondre à l'un des critères suivants :
❒ Température > 38.0		❒ Voyagé à l'extérieur du Canada au cours des 14 derniers jours
❒ Toux – nouvelle ou aggravée		❒ Contact avec un cas connu ou suspecté au cours des 14 derniers jours
	ET	❒ Contact étroit avec une personne atteinte d'une maladie respiratoire aiguë qui a voyagé à l'extérieur du Canada au cours des 14 derniers jours
		❒ 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 ou de l'infirmière praticienne recommandante : _____

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 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**