



Double identité vérifiée

Date de naissance Année Mois Jour			N° de dossier CH		
N° d'assurance maladie				Expiration (AAAA/MM)	
Nom à la naissance			Prénom		
Adresse					
Ville		Code postal		N° de téléphone	
N° cellulaire (à valider)			Autre n° de téléphone		
Contact en cas d'urgence			N° de téléphone contact d'urgence		

INSTALLATION : _____

RÉFÉRENCE

CLINIQUE DÉSIGNÉE D'ÉVALUATION (CDÉ)

DATE DE RÉFÉRENCE : Année Mois Jour HEURE h DATE RDV CDÉ : Année Mois Jour

Référence à : CDÉ - Bromont (faxer au 579 365-2024) CDÉ - Sherbrooke (faxer au 819 566-2670)
 Référé par : Urgence (P4-P5) 1 877 644-4545 ou 811 Clinique/GMF*
 Nom de la pharmacie : _____ N° de télécopieur de la pharmacie : _____
***NOM ET COORDONNÉES DE LA CLINIQUE ET DU MÉDECIN RÉFÉRENT DE L'USAGER**
 Nom : _____ Adresse : _____
 N° de téléphone : _____ N° de télécopieur : _____
 Médecin référent : _____ Médecin de famille : _____

CRITÈRES DE RÉFÉRENCE EN CDÉ (OBLIGATOIRE) excluant les symptômes associés à la vaccination pour la COVID-19
 Référer en CDÉ tout usager, vacciné ou non, répondant à au moins 1 des 2 critères suivants (cocher toutes les cases appropriées) :
Excluant les patients ayant reçu un résultat de dépistage à la COVID-19 négatif entre l'apparition des symptômes et le jour 5

1) Critères cliniques :
 L'utilisateur présente au moins 1 symptôme parmi les suivants : **OU** L'utilisateur présente au moins 2 symptômes généraux parmi les suivants :
 Fièvre (plus de 38 °C) Douleur musculaire généralisée non reliée à un effort physique
 Toux (récente ou chronique exacerbée) Céphalée Fatigue marquée
 Difficultés respiratoires Perte d'appétit importante Douleur abdominale
 Anosmie d'apparition soudaine SANS congestion nasale, avec ou sans agueusie Vomissement ou nausée Diarrhée (nouvelle ou exacerbée)
 Mal de gorge

2) Critères d'exposition (excluant les patients qui ont reçu deux doses de vaccin il y a plus de 7 jours, qui ont eu un résultat positif à la COVID-19 dans les 6 derniers mois ou qui ont un résultat positif à la COVID-19 + une dose vaccin) :
 Contact domiciliaire : personne asymptomatique habitant avec une personne qui présente des symptômes de la COVID-19 (sauf si la personne contact a reçu un résultat négatif d'un test)
 A reçu un diagnostic de COVID-19 dans les **10 DERNIERS JOURS** (21 jours si immunosupprimé ou si a séjourné aux soins intensifs)
 A reçu un diagnostic de COVID-19 depuis **plus de 10 JOURS** (21 jours si immunosupprimé ou si a séjourné aux soins intensifs)
 ET présence de température x 48 h (sans prise d'antipyrétique)
 ET absence d'amélioration des symptômes x 24 h (excluant toux, anosmie ou agueusie)
 Contact d'un cas de COVID-19 prouvé dans les **14 derniers jours**
 Séjour de **48 h ou plus** à l'urgence/hôpital dans les **14 derniers jours**
 Séjour de **48 h ou plus** à l'extérieur du Canada
 A été contacté par la santé publique ou visé par une annonce populationnelle de la santé publique

PRÉALABLES OBLIGATOIRES À LA CONSULTATION - toute consultation ne répondant pas à ces critères sera retournée au référent
 Absence de critère de référence à l'urgence
 N'est pas référé seulement pour un dépistage COVID (si oui, référez la clientèle ciblée en CDD)
CLIENTÈLE EXCLUE DES CDÉ (à orienter vers les urgences)
 • Fièvre : Enfants 0 à 3 mois et température rectale supérieure ou égale à 38 °C;
 Enfants de 3 à 6 mois et température rectale supérieure ou égale à 39 °C, selon l'évaluation clinique d'un professionnel de la santé. Référer à Info-Santé pour une évaluation au besoin;
 • Clientèle non réorientable de l'urgence

ÉVALUATION INITIALE (triage) → Acheminer par télécopieur la FEUILLE DE TRIAGE et/ou NOTE CLINIQUE D'ÉVALUATION TÉLÉPHONIQUE
 Médicaments (cf. annexe) Allergies : _____

Signature de l'intervenant _____ Nom en caractère d'imprimerie _____ Titre d'emploi _____
 Consentement verbal de l'utilisateur obtenu (ou du représentant légal) - contexte COVID-19

FDCU-IF-003