

Cette case doit contenir : N° dossier, nom, prénom, date de naissance, NAM, nom de la mère, prénom de la mère, nom du père, prénom du père

## DÉCLARATION ET SUIVI QUOTIDIEN CAS CLINIQUE D'INFECTION RESPIRATOIRE AIGÜE

Direction clinique \_\_\_\_\_ Programme \_\_\_\_\_ Site \_\_\_\_\_  
 Unité : \_\_\_\_\_ Date d'apparition des signes et symptômes : \_\_\_\_\_  
 Précautions additionnelles (PA)  
 Gouttelettes-contact  Gouttelettes-contact avec protection oculaire  Aériennes  Aériennes-contact  Aériennes-contact renforcées  
 Début PA : \_\_\_\_\_ Int. : \_\_\_\_\_ Fin PA : \_\_\_\_\_ Int. : \_\_\_\_\_  
aaaa/mm/jj aaaa/mm/jj  
**Ordonnance collective** : CIUSSSCN-OC-2016-002 : Dépister les virus respiratoires par écouvillonnage nasopharyngé  
 Date dépistage : \_\_\_\_\_ Int. : \_\_\_\_\_ Résultat du dépistage : \_\_\_\_\_ Int. : \_\_\_\_\_  
aaaa/mm/jj  
**Examen diagnostique** : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_ Int. : \_\_\_\_\_  
aaaa/mm/jj

Signes et symptômes	aaaa/mm/jj			aaaa/mm/jj			aaaa/mm/jj			aaaa/mm/jj			aaaa/mm/jj		
	Nuit	Jour	Soir	N	J	S	N	J	S	N	J	S	N	J	S
Si usager ne présente aucun de ces symptômes, cocher et apposer vos initiales au bas du formulaire															
<b>La section suivante : Si absence d'un des symptômes, laisser la case vide :</b>															
Toux	Si présent, préciser : Nouvelle (N) Exacerbée (E) Diminuée (D) Occasionnelle (Occ)														
	Si présent, préciser : Sèche (S) ou Grasse (G)														
Expectorations	Si présent, préciser : Transparentes (T) Blanches (B) Jaunâtres (J) Verdâtres (V) Sanguinolentes (striées de sang) (S)														
Dyspnée	Si présent, cocher														
Tachypnée	Si présent, cocher														
Hyperthermie	Si présent, cocher														
État général	Si changement, préciser : Diminué (D) ou Amélioré (A)														
État cognitif	Si changement, préciser : Diminué (D) ou Amélioré (A)														
Rhinorrhée	Si présent, préciser : Transparentes (T) Blanches (B) Jaunâtres (J) Verdâtres (V)														
Céphalées	Si présent, cocher														
Mal de gorge	Si présent, cocher														
Voix rauque	Si présent, cocher														
Bradycardie	Si présent, cocher														
Tachycardie	Si présent, cocher														
Myalgie	Si présent, cocher														
Plan thérapeutique infirmier (PTI) si ajusté, cocher															
Initiales de l'infirmière															
Apposer vos initiales si note au dossier est rédigée															

Nom :

N° dossier :

### Aide-Mémoire

Cas clinique d'infection respiratoire aiguë (CCIRA)		Pneumonie
COVID-19	Autres virus respiratoires	
<input type="checkbox"/> Toux <b>OU</b> <input type="checkbox"/> Fièvre <b>OU</b> <input type="checkbox"/> Difficulté respiratoire <b>OU</b> <input type="checkbox"/> Anosmie sans obstruction nasale <b>OU</b> <input type="checkbox"/> Agueusie (perte du goût) <b>OU</b> <input type="checkbox"/> Dysgueusie (trouble du goût)	Symptôme d'apparition brusque : <input type="checkbox"/> Toux <b>OU</b> <input type="checkbox"/> Fièvre <b>ET</b> Accompagnés d'au moins un des symptômes	<input type="checkbox"/> Fièvre ou hypothermie <input type="checkbox"/> Toux <input type="checkbox"/> Tachypnée ou dyspnée <input type="checkbox"/> Bradycardie ou tachycardie <input type="checkbox"/> Expectorations nouvelles/changées/augmentées <input type="checkbox"/> Anomalies nouvelles ou modifiées à l'examen physique <input type="checkbox"/> Détérioration état physique <input type="checkbox"/> Détérioration état cognitif <b>ET</b> <input type="checkbox"/> Confirmation par rayons-X pulmonaire <b>OU</b> <input type="checkbox"/> Diagnostic médical
	<b>Chez adulte</b> <input type="checkbox"/> Détérioration état physique <input type="checkbox"/> Détérioration état cognitif <input type="checkbox"/> Céphalées <input type="checkbox"/> Myalgie <input type="checkbox"/> Arthralgie <input type="checkbox"/> Mal de gorge (voix rauque) <input type="checkbox"/> Fatigue extrême	<b>Chez l'enfant</b> <input type="checkbox"/> Diminution état général physique ou mental <input type="checkbox"/> Céphalées <input type="checkbox"/> Myalgie <input type="checkbox"/> Arthralgie <input type="checkbox"/> Mal de gorge (voix rauque) <input type="checkbox"/> Fatigue extrême <input type="checkbox"/> Nausées <input type="checkbox"/> Vomissements <input type="checkbox"/> Diarrhée <input type="checkbox"/> Douleurs abdominales
<input type="checkbox"/> <b>PA Gouttelettes-contact avec protection oculaire</b> (sans intervention médicale générant des aérosols <b>(IMGA)</b> ) <input type="checkbox"/> <b>PA Aériennes-contact renforcées si IMGA</b>	<input type="checkbox"/> <b>PA Gouttelettes-contact</b> (s'assurer que la COVID-19 a été exclu)	

Tuberculose	Rougeole
<input type="checkbox"/> Suspicion ou confirmation du diagnostic <input type="checkbox"/> Maladie à déclaration obligatoire (MADO)	
<input type="checkbox"/> <b>PA Aériennes</b>	<input type="checkbox"/> <b>PA Aériennes-contact</b>

Notes complémentaires	Initiales

Initiales	Signature infirmière	Initiales	Signature infirmière

Acheminer (confidentiel) par télécopieur : 418-577-8969  
 Si vous avez reçu le présent message par erreur, veuillez aviser immédiatement le Service de PCI/Merci de votre collaboration