

Coronavirus COVID-19

Mise à jour le 28 avril 2020

DÉCLARATION DES CAS CONFIRMÉS ET DES CAS CLINIQUES DE COVID-19

Cas confirmé* Date du prélèvement : _____ Cas clinique*

Ne pas utiliser ce formulaire si vous êtes en attente d'un résultat de laboratoire.

Pour les décès, utiliser le formulaire SP-3.

DÉCLARANT

Type de déclaration : Médecin

Date de la déclaration : _____
AAAA-MM-JJ

Nom : _____ Prénom : _____

Tél. de l'établissement/ clinique: _____

Nom de l'établissement/ clinique où le patient a consulté : _____

Ville de l'établissement/clinique : _____

IDENTIFICATION DU PATIENT

Nom* : _____ Prénom* : _____

Date de naissance* : _____ Âge : ____ Sexe* : H F Autre
AAAA-MM-JJ

NAM (obligatoire)* : _____

Adresse* : _____

Ville* : _____ Code postal* : _____

RÉPONDANT :

Le patient répond pour lui-même

Mère Père Tuteur Autres répondants pour le patient

Nom du répondant : _____ Prénom : _____

TÉLÉPHONES DU RÉPONDANT

Résidentiel : _____ Cellulaire : _____

Bureau : _____ poste : _____

Adresse courriel¹: _____

¹Considérant l'ampleur de l'épidémie, la santé publique peut contacter les personnes atteintes par courriel

Indiquer les autres membres d'une même famille avec la COVID-19 (important de remplir une déclaration pour chaque individu d'une même famille) :

Nom et prénom : _____ Date de naissance* : _____

Sexe* : H F Autre

Nom et prénom : _____ Date de naissance* : _____

Sexe* : H F Autre

Nom et prénom : _____ Date de naissance* : _____

Sexe* : H F Autre

Nom et prénom : _____ Date de naissance* : _____

Sexe* : H F Autre

INFORMATION CONCERNANT LE MILIEU DE VIE DU PATIENT

Vit à domicile

Réside en milieu fermé* :

CH CHSLD RPA Ressource intermédiaire (RI) Ressource intermédiaire de type familial (RTF)

Hébergement communautaire Centre de réadaptation Prison Congrégation religieuse Autre

Nom du milieu : _____

Groupes vulnérables* :

Autochtone Membre d'une communauté religieuse Sans domicile fixe Autre

Préciser : _____

* Les informations avec un astérisque sont obligatoires

SYMPTÔMES			
Date de début des symptômes* : _____ AAAA-MM-JJ			
<input type="checkbox"/> Toux (récente ou chronique exacerbée)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Inconnu
<input type="checkbox"/> Fièvre ($\geq 38^{\circ}\text{C}$)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Inconnu
<input type="checkbox"/> Difficultés respiratoires	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Inconnu
<input type="checkbox"/> Anosmie brutale sans obstruction nasale, accompagnée ou non d'agueusie	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Inconnu
Autres (préciser) : _____			
EXPOSITION ET OCCUPATION			
Dans les deux semaines précédant le début des symptômes, la personne a-t-elle eu un contact étroit (à moins de 2 mètres ou 6 pieds) et prolongé (plus de 15 minutes en tout) avec une personne atteinte de la COVID-19?*			
	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Inconnu
Est-ce que la personne a travaillé à l'extérieur de son domicile dans les deux semaines précédant le début des symptômes?			
	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Inconnu
Dans les 48 heures avant l'apparition des symptômes, la personne a-t-elle eu un contact étroit et prolongé en milieu de travail?			
	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Inconnu
Si oui, Identifier l'occupation			
<u>Travailleur dans le milieu de la santé :</u>			
	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Inconnu
Si oui : <input type="checkbox"/> CH <input type="checkbox"/> CHSLD <input type="checkbox"/> CLSC- Service courant <input type="checkbox"/> CLSC- Soutien à domicile			
<input type="checkbox"/> RPA <input type="checkbox"/> RI <input type="checkbox"/> RTF <input type="checkbox"/> 1 ^{er} répondant <input type="checkbox"/> Laboratoire <input type="checkbox"/> Inconnu			
<u>Travailleur école ou garderie</u>			
	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Inconnu
<u>Autre travailleur</u>			
	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Inconnu
Description de l'emploi ou tâche principale (ex: infirmière, cuisinier, policier) : _____			
Travailleur en contact direct avec la clientèle ?			
	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Inconnu
Préciser le milieu de travail:			
Nom du milieu : _____			
Adresse du milieu de travail : _____			
Nom d'un contact en milieu de travail : _____			
Numéro de téléphone du contact en milieu de travail : _____			

Signature : _____

Date : _____

Numéro de permis : _____

Ce formulaire ainsi que les coordonnées pour joindre les directeurs de santé publique de toutes les régions peuvent être trouvés sur le site internet :

<https://msss.gouv.qc.ca/professionnels/maladies-infectieuses/coronavirus-2019-ncov/>

**À TRANSMETTRE AU DIRECTEUR DE SANTÉ PUBLIQUE
DU LIEU DE RÉSIDENCE DE LA PERSONNE VISÉE PAR CETTE DÉCLARATION**