

Questionnaire lors d'un dépistage positif à la COVID-19 chez un résident

Nom complet du résident : _____

DDN : _____ RAMQ : _____

Type d'Unité : Unité de soins Section autonome CHSLD privé RI RTF

Chambre/App: _____

Date du dépistage (aaaa-jj-mm) : _____

1. Est-ce que le résident a déjà eu un résultat positif à la Covid-19 (TAAN ou TDAR) dans les 2 derniers mois ?

Oui → Date de la dernière infection (aaaa-mm-jj): _____

Non

2. Est-ce que le résident présente des symptômes ?

Oui → Date de début des symptômes (aaaa-mm-jj) : _____

Si oui, lesquels: _____

Non

3. Est-ce que le résident demeure seul ?

Oui

Non

4. Est-ce que le résident partage sa toilette/douche avec une autre personne/résident, d'un autre appartement ou chambre ?

Oui → numéro de chambre/appartement : _____

Non

5. Où le résident croit s'être contaminé ? (Famille, visiteurs, sorties extérieures, activité, contact avec une personne positive à la Covid-19, etc) ?

6. Est-ce que le résident a été en contact étroit à moins de 2 mètres avec une personne confirmée positive à la Covid19 **dans les 7 jours précédant** le début de ses symptômes ou du test de dépistage positif ?

Oui

Non

7. Est-ce que le résident a reçu des visiteurs dans son milieu de vie **dans les 7 jours précédant** le début de ses symptômes ou du test de dépistage positif, dont:

- Famille/proche/ami : Oui → quand _____ non
- Travailleur de la santé : Oui → quand _____ non

8. Est-ce que le résident a participé à une/des activité(s) sociale(s) dans le milieu de vie (bingo, cinéma zoothérapie etc) ou à l'externe (souper au restaurant, chez un ami, etc) dans les 10 jours précédant le début des symptômes ou du test de dépistage positif ?

➤ Nom et date de l'activité : _____

Lieu : _____

Détails supplémentaires : _____

➤ Nom et date de l'activité : _____

Lieu : _____

Détails supplémentaires : _____

➤ Date de l'activité : _____

Lieu : _____

Détails supplémentaires : _____

9. Est-ce que le résident a pris des repas à la salle à manger du milieu de vie dans les 48h précédant le début des symptômes ou du dépistage positif ?

Oui → indiquer le numéro de chambre des personnes ayant partagé sa table : _____

Non

10. Est-ce que le résident est en mesure de respecter son isolement?

Oui

Non → Pour quelle(s) raison(s)? : _____