



DÉPISTAGE COVID-19 (TAAN SRAS-CoV-2)

REQUÊTE INTERNE

CLIENTÈLE HOSPITALISÉE ET AMBULATOIRE

Cocher là ou les case(s) correspondent

ZONE D'IDENTIFICATION DU PRESCRIPTEUR		↑ Espace addressographe ↑	
Nom :	Prénom :	PRÉLÈVEMENT	
N° permis et fonction :		Date (AAAA/MM/JJ) :	
Adresse de retour du résultat :		Heure (00:00) :	
N° Téléphone:	N° Fax :	Prélevé par :	
Si ordonnance collective, initiée par :			
Nom du lieu de prélèvement :		Voyage Hors Québec : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, Lieu de voyage:	
<input type="checkbox"/> Contre-indication au prélèvement nasopharyngé		<input type="checkbox"/> Évaluation clinique complétée	
TYPE D'ÉCHANTILLON (spécimen)			
<input type="checkbox"/> Écouvillonnage nasopharyngé (préféré)		<input type="checkbox"/> Lavage bronchoalvéolaire	
		<input type="checkbox"/> Aspiration endotrachéale	
Acceptable SEULEMENT si le prélèvement nasopharyngé est contre-indiqué : <input type="checkbox"/> Écouvillonnage combiné cornets moyens et oropharyngé <u>ou</u> <input type="checkbox"/> Gargarisme			
<input type="checkbox"/> Autre (Approbation du microbiologiste requise) : _____ (préciser svp)			
PATIENT SYMPTOMATIQUE - COVID-19 (ou virus respiratoire) suspecté			
<input type="checkbox"/> Symptomatique - Patient en milieu de soins aigus [M1]			
Pour M1, sélectionnez une sous-option à droite	<input type="checkbox"/> Hospitalisation (hospitalisé ou en hémodialyse; y compris le dépistage répété pour le patient symptomatique)		
	<input type="checkbox"/> Service des urgences (sélectionner à moins qu'une autre catégorie ci-dessous ne soit plus appropriée)		
	<input type="checkbox"/> Femme enceinte (symptomatique ; admise pour observation)		
	<input type="checkbox"/> Urgence respiratoire (hypoxie ou détresse respiratoire)		
	<input type="checkbox"/> Soins critiques (insuffisance respiratoire/événement cardiovasculaire grave/arrêt cardiaque/acidocétose diabétique/choc/septicémie)		
	Hôte immunodéprimé (sélectionnez une condition ci-dessous)		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> greffe	<input type="checkbox"/> VIH
	<input type="checkbox"/> hémopathie maligne	<input type="checkbox"/> tumeur solide sous traitement actif	<input type="checkbox"/> traitement immunosuppresseur
<input type="checkbox"/>	Nourrisson fébrile (60 jours ou moins)		
PATIENT ASYMPTOMATIQUE - DÉPISTAGE PRÉ-ADMISSION/PROCÉDURE ou CONTRÔLE POST-ADMISSION			
<input type="checkbox"/> Asymptomatique - Admission actuelle ou prévue en milieu de soins aigus [M8]			
Pour M8, sélectionnez une sous-option à droite	<input type="checkbox"/> Hospitalisation (hospitalisé ou en hémodialyse; y compris le dépistage répété pour le patient asymptomatique)		
	<input type="checkbox"/> Pré-admission planifiée (médicale/chirurgicale, y compris les examens préopératoires non urgents)		
	<input type="checkbox"/> Service des urgences (sélectionner à moins qu'une autre catégorie ci-dessous ne soit plus appropriée)		
	<input type="checkbox"/> Femme enceinte (admission pour accouchement)		
	<input type="checkbox"/> Chirurgie urgente (catégorie 1 ou 2) ou Activation de l'équipe de traumatologie (procédure imminente ou prévue dans < 8 heures)		
<input type="checkbox"/> Greffe imminente, patient ou donneur [M4]			
<input type="checkbox"/> Patient admis, éclosion / étude de prévalence [M6]			
<input type="checkbox"/> Pré-chimiothérapie/radiothérapie [M10] (doit être demandé au moins 24 heures avant le traitement prévu)			
<input type="checkbox"/> Pré-intubation [M11] (doit être demandée au moins 24 heures avant la procédure prévue)			
<input type="checkbox"/> Pré-bronchoscopie [M12] (doit être demandée au moins 24 heures avant la procédure prévue)			



COVID-19 TEST (SARS-CoV-2 RT-PCR)

INTERNAL REQUISITION

HOSPITALIZED AND AMBULATORY CLIENTS

Tick the corresponding box(es)

PRESCRIBER'S IDENTIFICATION ZONE		↑ Space for addressograph ↑
Last Name :	First Name :	COLLECTION INFORMATION
Permit # and role :		Date (YYYY/MM/DD) :
Address for return of results :		Time (00:00) :
Telephone #:	Fax #:	Sample taken by :
If collective order, initiated by:		
Location of testing site:		Travel outside of Quebec: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> YES, location of travel:
<input type="checkbox"/> Contraindication to nasopharyngeal sampling		<input type="checkbox"/> Completed clinical assessment
TYPE OF SAMPLE (Specimen)		
<input type="checkbox"/> Nasopharyngeal swab (preferred)		<input type="checkbox"/> Bronchoalveolar lavage
		<input type="checkbox"/> Endotracheal aspirate
Acceptable ONLY if nasopharyngeal sampling is contraindicated: <input type="checkbox"/> Mid-turbينات and oropharyngeal swab (combined) <i>or</i> <input type="checkbox"/> Gargle		
<input type="checkbox"/> Other (Microbiologist approval required) : _____ (please specify)		
SYMPTOMATIC PATIENT - COVID-19 suspected		
<input type="checkbox"/> Symptomatic - Patient in acute care setting [M1]		
<i>For M1 select one sub-option on the right</i>	<input type="checkbox"/>	Inpatient (hospitalized or in hemodialysis; includes repeat testing of symptomatic patient)
	<input type="checkbox"/>	Emergency Department (select unless other category below is more appropriate)
	<input type="checkbox"/>	Pregnant (symptomatic; admitted for monitoring)
	<input type="checkbox"/>	Respiratory Emergency (acute hypoxia or respiratory distress)
	<input type="checkbox"/>	Critical Care (respiratory failure/serious cardiovascular event or arrest/diabetic ketoacidosis/shock/sepsis)
	<input type="checkbox"/>	Immunocompromised Host (select one condition below)
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> transplant <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> primary immunodeficiency <input type="checkbox"/> hematologic malignancy <input type="checkbox"/> solid tumor on active therapy <input type="checkbox"/> immunosuppressive therapy
<input type="checkbox"/>	Febrile Infant (60 days old or less)	
ASYMPTOMATIC PATIENT - PRE-ADMISSION/PROCEDURE or POST-ADMISSION SCREENING TEST FOR COVID-19		
<input type="checkbox"/> Asymptomatic - Current or planned admission to acute care setting [M8]		
<i>For M8 select one sub-option on the right</i>	<input type="checkbox"/>	Inpatient (hospitalized or in hemodialysis; includes repeat testing of asymptomatic patient)
	<input type="checkbox"/>	Scheduled Pre-admission (medical/surgical including non-urgent pre-operative screening)
	<input type="checkbox"/>	Emergency Department (select unless other category below is more appropriate)
	<input type="checkbox"/>	Pregnant (admission for childbirth)
	<input type="checkbox"/>	Urgent Surgery (category 1 or 2) or Trauma team activation (procedure imminent or anticipated in < 8 hours)
<input type="checkbox"/>	Transplant imminent, patient or donor [M4]	
<input type="checkbox"/>	Admitted patient in outbreak / prevalence study [M6]	
<input type="checkbox"/>	Pre-chemotherapy/radiotherapy [M10] (must be requested at least 24 hours prior to scheduled treatment)	
<input type="checkbox"/>	Pre-intubation [M11] (must be requested at least 24 hours prior to scheduled procedure)	
<input type="checkbox"/>	Pre-bronchoscopy [M12] (must be requested at least 24 hours prior to scheduled procedure)	