



# 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 :	<b>PRÉLÈVEMENT</b>	
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 (préférée)		<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"/>	<input type="checkbox"/> hémopathie maligne	<input type="checkbox"/> tumeur solide sous traitement actif	<input type="checkbox"/> traitement immunosuppresseur
<input type="checkbox"/>	<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)

<b>PRESCRIBER'S IDENTIFICATION ZONE</b>		↑ Space for addressograph ↑	
Last Name :		First Name :	
Permit # and role :		Date (YYYY/MM/DD) :	
Address for return of results :		Time (00:00) :	
Telephone #:		Fax #:	
If collective order, initiated by:		Sample taken 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	
<b>TYPE OF SAMPLE (Specimen)</b>			
<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)			
<b>SYMPTOMATIC PATIENT - COVID-19 suspected</b>			
<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"/> 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)			
<b>ASYMPTOMATIC PATIENT - PRE-ADMISSION/PROCEDURE or POST-ADMISSION SCREENING TEST FOR COVID-19</b>			
<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)			