

Coronavirus COVID-19

FEUILLET 2 : TRIAGE ET DÉPISTAGE TÉLÉPHONIQUE (D,H,A,T,DD,P)

Ce feuillet peut être utilisé pour mieux planifier ou organiser les rendez-vous des patients à la clinique. Il contient les renseignements nécessaires pour procéder au triage et au dépistage téléphonique pré- rendez-vous des patients.



Aide-mémoire :

- Attribuer les rendez-vous par téléphone : il est préférable de ne laisser entrer personne sans rendez-vous.
- Avant d'attribuer un rendez-vous, administrer par téléphone ou par courriel le formulaire de dépistage (colonne pré- rendez-vous du feuillet 2A).
 - Consulter le dentiste pour le patient suspecté ou confirmé COVID-19, afin qu'il évalue, par télédentisterie, si la situation clinique correspond à une urgence dentaire et si une intervention est requise.
 - Le formulaire doit être signé par la personne qui l'a rempli (personnel de bureau ou patient selon le cas, de façon électronique ou manuscrite).
- Si le patient est suspecté / confirmé COVID-19 :
 - Reporter les interventions non urgentes selon les recommandations pour la levée des mesures d'isolement dans la population générale figurant dans le document suivant : <https://www.inspq.qc.ca/publications/2986-tableau-levee-isolement-covid19>
 - Pour les interventions urgentes :
 - Gérer l'urgence pharmacologiquement si possible.
 - Si le patient a des symptômes de la COVID-19, éviter la prescription d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS).
 - Si gestion pharmacologique impossible :
 - 1^{er} choix : Référer dans une clinique dentaire désignée COVID-19. À noter qu'il est de la responsabilité du bureau du dentiste de contacter la clinique afin d'obtenir un rendez-vous pour le patient (voir annexe 7).
 - 2^e choix : Si aucune clinique dentaire désignée COVID-19 n'est accessible, traiter le patient en fin de journée à condition d'avoir les installations (salle fermée) et EPI appropriés (feuilles 6 et 6A). Aviser le patient de ne pas prendre le transport en commun pour son déplacement à la clinique.
 - Référer dans une autre clinique ayant les installations et EPI appropriés au besoin. À noter qu'il est de la responsabilité du bureau du dentiste de contacter la clinique afin d'obtenir un rendez-vous pour le patient.
- Attribuer les rendez-vous selon des intervalles espacés afin de respecter la distanciation sociale (2 mètres et plus) dans la salle d'attente. Limiter le nombre de personnes présentes en même temps.
- Demander au patient de :
 - Se présenter seul à son rendez-vous :

- Si celui-ci a besoin d'une assistance, n'autoriser qu'un seul accompagnateur. Sauf exception, aviser que l'accompagnateur ne sera pas admis dans la salle de traitement ni dans la salle d'attente. Il devra ainsi sortir de la clinique pendant le traitement.
 - Si l'accompagnateur doit nécessairement entrer dans la salle de traitement ou dans la salle d'attente, il ne doit présenter aucun symptôme ni facteur de risque compatible avec la COVID-19. Poser les questions du formulaire de dépistage afin de déterminer le statut COVID-19 de l'accompagnateur (voir feuillet 2A).
- Arriver à l'heure et, si possible, téléphoner avant d'entrer.
- Le port du masque ne doit pas remplacer le respect de la distanciation physique ou le besoin d'aménagement des lieux physiques.
- Port du masque de procédure (chirurgical) obligatoire pour les patients suspectés ou confirmés.
 - Lui demander de retirer son couvre-visage de façon sécuritaire, le cas échéant, de procéder à la désinfection de ses mains et lui donner un masque de procédure (ex. : dans la situation d'une personne qui tousse ou fait de la fièvre) puis de répéter la procédure de désinfection des mains, et ce, peu importe où le patient consulte dans les milieux de soins.
 - Il n'y a pas de recommandations pour le port du masque de procédure pour les patients asymptomatiques qui consultent dans les milieux de soins sauf si la distanciation physique est impossible à respecter.
 - Pour une personne qui n'a pas d'indication de porter un masque de procédure et qui porte un couvre-visage, il s'agit d'un choix personnel.
- Si le rendez-vous d'un **patient asymptomatique** n'a pas lieu la même journée que le triage et le dépistage téléphonique, s'assurer que son statut COVID-19 n'a pas changé :
- Revalider, par téléphone, les renseignements recueillis dans le formulaire de dépistage sur les symptômes et les facteurs de risque compatibles avec la COVID-19 du patient lors de la prise du rendez-vous, idéalement dans les 24 h précédent le rendez-vous.
 - Faire la même démarche pour l'accompagnateur, le cas échéant. Si l'accompagnateur a des symptômes, inviter le patient à changer d'accompagnateur.
 - Aviser le patient d'appeler à la réception s'il développe des symptômes d'ici à son rendez-vous et de ne pas se présenter à la clinique, si tel était le cas.
- Si un patient se présente à la clinique avec des symptômes compatibles avec la COVID-19, lui demander de quitter les lieux sans utiliser le transport en commun et reporter le rendez-vous ou prévoir une autre modalité de consultation (p. ex. : télédentisterie). Dans ce cas, demander au patient de contacter le 1 877 644-4545.



Trucs et astuces :

- Considérer abolir temporairement les frais de pénalité en cas d'absence à un rendez-vous ou en cas d'annulation de rendez-vous à la dernière minute.

- Considérer demander aux patients d'attendre à l'extérieur de la clinique et les texter ou les appeler sur leur téléphone au moment où vous serez prêts à les accueillir. Cette astuce peut ne pas être adaptée à toutes les cliniques dentaires et à toutes les situations (p. ex. s'il pleut ou l'hiver).

Tableau 1 : résumé des renseignements requis pour le triage et dépistage téléphonique par le personnel de bureau

(1) Statuts COVID-19 des patients			
<p>Suspecté / Confirmé :</p> <p>Pour être considérée comme suspectée ou confirmée de la COVID-19, une personne doit répondre à <u>au moins une des trois conditions ci-dessous</u> :</p> <p>Condition 1 : Personne ayant reçu un résultat positif à un test de dépistage de la COVID-19 depuis moins de 21 jours ou ayant eu une recommandation de passer un test de dépistage.</p> <p>Condition 2 : Personne présentant le tableau clinique des symptômes du groupe A OU du groupe B. Les symptômes ne doivent pas être liés à une condition de santé déjà connue chez cette personne.</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <p>Symptômes du groupe A : Au moins un symptôme parmi les suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Fièvre (> 38 °C ou 100,4°F); OU <input type="checkbox"/> Toux (récente ou chronique exacerbée); OU <input type="checkbox"/> Difficulté respiratoire (essoufflement ou difficulté à parler); OU <input type="checkbox"/> Perte subite de l'odorat (anosmie) sans obstruction nasale, avec ou sans perte de goût (agueusie). </td> <td style="width: 10%; text-align: center; vertical-align: middle;">OU</td> <td style="width: 40%; vertical-align: top;"> <p>Symptômes du groupe B : Au moins 2 symptômes parmi les suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Un symptôme général : douleurs musculaires, céphalée, fatigue intense ou importante perte d'appétit; <input type="checkbox"/> Mal de gorge; <input type="checkbox"/> Diarrhée. </td> </tr> </table> <p>Condition 3 : Personne ayant été en contact étroit (au moins 15 minutes à moins de 2 mètres) avec un cas confirmé ou suspecté de la COVID-19. Cette condition exclut les travailleurs de la santé qui ont prodigué des soins à un cas confirmé ou suspecté de la COVID-19 avec les équipements de protection individuelle appropriés.</p> <p>Asymptomatique : Personne ne présentant pas de symptômes ou facteurs de risque compatibles avec la COVID-19 ou qui ne répond pas aux critères d'un cas suspecté/confirmé.</p>	<p>Symptômes du groupe A : Au moins un symptôme parmi les suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Fièvre (> 38 °C ou 100,4°F); OU <input type="checkbox"/> Toux (récente ou chronique exacerbée); OU <input type="checkbox"/> Difficulté respiratoire (essoufflement ou difficulté à parler); OU <input type="checkbox"/> Perte subite de l'odorat (anosmie) sans obstruction nasale, avec ou sans perte de goût (agueusie). 	OU	<p>Symptômes du groupe B : Au moins 2 symptômes parmi les suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Un symptôme général : douleurs musculaires, céphalée, fatigue intense ou importante perte d'appétit; <input type="checkbox"/> Mal de gorge; <input type="checkbox"/> Diarrhée.
<p>Symptômes du groupe A : Au moins un symptôme parmi les suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Fièvre (> 38 °C ou 100,4°F); OU <input type="checkbox"/> Toux (récente ou chronique exacerbée); OU <input type="checkbox"/> Difficulté respiratoire (essoufflement ou difficulté à parler); OU <input type="checkbox"/> Perte subite de l'odorat (anosmie) sans obstruction nasale, avec ou sans perte de goût (agueusie). 	OU	<p>Symptômes du groupe B : Au moins 2 symptômes parmi les suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Un symptôme général : douleurs musculaires, céphalée, fatigue intense ou importante perte d'appétit; <input type="checkbox"/> Mal de gorge; <input type="checkbox"/> Diarrhée. 	
(2) Urgences dentaires reconnues			
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Douleur intolérable (p. ex. : pulpite, périoronarite, alvéolite, carie extensive ou restauration défectueuse, etc.); <input type="checkbox"/> Traumatisme buccodentaire (p. ex. : fracture dentaire avec douleur, lacerations des tissus mous, avulsion, luxation, etc.); <input type="checkbox"/> Infection aiguë (p. ex. : cellulite, abcès, enflure intra ou extraorale, etc.); <input type="checkbox"/> Saignement important ou prolongé; <input type="checkbox"/> Intervention dentaire médicalement requise pour une chirurgie ou un traitement de cancer sans délai; <input type="checkbox"/> Lésion suspectée d'être maligne devant être biopsiée de façon urgente. 			
(3) Classification des interventions dentaires selon la production d'aérosols			
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Interventions ne produisant pas d'aérosols. <input type="checkbox"/> Interventions à faible production d'aérosols provenant de liquides biologiques. <input type="checkbox"/> Interventions à risque de production d'aérosols provenant de liquides biologiques. 			



Pour plus d'information :

- **Annexe 5** : Classification des interventions dentaires en fonction du risque de production d'aérosols
- **Annexe 7** : Liste des cliniques dentaires désignées COVID-19 pour les urgences des patients suspectés ou confirmés COVID-19
- Mesures pour la gestion des cas et des contacts dans la communauté :
<https://www.inspq.qc.ca/publications/2902-mesures-cas-contacts-communaute-covid19>
- Bulletin clinique COVID-19. Critère de dépistage des cas suspectés ou confirmés d'infection à la COVID-19 :
https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/documents/coronavirus-2019-ncov/BC-SPU-COVID19-Coordo_DMR-Criteres-depistage-cas-suspectes-confirmes_2020-05-06.pdf
- Soins dentaires d'urgence effectués par télédentisterie en contexte de pandémie de la COVID-19 :
[http://www.odq.qc.ca/Portals/5/fichiers_publication/DossierSante/Coronavirus/ODQ_Guide%20Télédentisterie%20COVID19_vfinale_070420_\(Amendée\).pdf](http://www.odq.qc.ca/Portals/5/fichiers_publication/DossierSante/Coronavirus/ODQ_Guide%20Télédentisterie%20COVID19_vfinale_070420_(Amendée).pdf)

Coronavirus COVID-19

FEUILLET 2A : FORMULAIRE DE DÉPISTAGE DU PATIENT/ACCOMPAGNATEUR (D,H,A,T,DD,P)

Nom de la personne dépistée : _____ Veuillez indiquer si le nom ci-dessus correspond au formulaire de dépistage du patient ou de l'accompagnateur :	PRÉ-RDV	CLINIQUE
<input type="checkbox"/> Patient <input type="checkbox"/> Accompagnateur – Nom du patient : _____	Date :	Date :
1-Avez-vous eu un test de dépistage positif à la COVID-19 depuis moins de 21 jours ou une recommandation de passer un test de dépistage?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Présentez-vous les conditions suivantes :		
2-Fièvre (plus de 38 °C ou 100,4 °F)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
3-Toux récente ou chronique qui s'est aggravée	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
4-Difficulté respiratoire (par exemple : essoufflement ou difficulté à parler)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
5-Perte subite de l'odorat (avec ou sans perte de goût)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
6-Douleurs musculaires, mal de tête, fatigue intense ou importante perte d'appétit	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
7-Mal de gorge	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
8-Diarrhée	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
9-Avez-vous une condition de santé connue pouvant expliquer les symptômes rapportés ci-dessus? Si oui, précisez : _____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne s'applique pas	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne s'applique pas
10-Avez-vous été en contact étroit (au moins 15 minutes à moins de 2 mètres) avec un cas confirmé ou suspecté de la COVID-19?^a	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Signature de la personne qui a rempli le formulaire (patient ou personnel de bureau) : Signature pré-rdv : _____ Signature clinique : _____		
CETTE SECTION EST RÉSERVÉE AU PERSONNEL DE LA CLINIQUE DENTAIRE <ul style="list-style-type: none">• Si le patient a répondu OUI à au moins une des conditions suivantes : STATUT SUSPECTÉ/CONFIRMÉ.<ul style="list-style-type: none">✓ OUI à la question 1;✓ OUI à au moins une des questions 2 à 5, sans autres causes apparentes (question 9);✓ OUI à au moins deux des questions 6 à 8, sans autres causes apparentes (question 9);✓ OUI à la question 10.• Toute autre réponse : STATUT ASYMPTOMATIQUE. Cocher la case correspondant au statut COVID-19 du patient : <input type="checkbox"/> Asymptomatique <input type="checkbox"/> Suspecté/Confirmé <p>Si le patient est considéré comme suspecté/confirmé COVID-19, consulter le dentiste avant d'attribuer un rendez-vous.</p>		

^a Cette condition exclut les travailleurs de la santé qui ont prodigué des soins à un cas confirmé ou suspecté de la COVID-19 avec les équipements de protection individuelle appropriés.

Coronavirus COVID-19

FEUILLET 2A : FORMULAIRE DE DÉPISTAGE DU PATIENT/ACCOMPAGNATEUR (D,H,A,T,DD,P)

Nom de la personne dépistée : _____	PRÉ-RDV	CLINIQUE
Veuillez indiquer si le nom ci-dessus correspond au formulaire de dépistage du patient ou de l'accompagnateur : <input type="checkbox"/> Patient <input type="checkbox"/> Accompagnateur – Nom du patient : _____	Date :	Date :
1-Avez-vous eu un test de dépistage positif à la COVID-19 depuis moins de 21 jours ou une recommandation de passer un test de dépistage?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Présentez-vous les conditions suivantes :		
2-Fièvre (plus de 38 °C ou 100,4 °F)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
3-Toux récente ou chronique qui s'est aggravée	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
4-Difficulté respiratoire (par exemple : essoufflement ou difficulté à parler)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
5-Perte subite de l'odorat (avec ou sans perte de goût)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
6-Douleurs musculaires, mal de tête, fatigue intense ou importante perte d'appétit	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
7-Mal de gorge	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
8-Diarrhée	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
9-Avez-vous une condition de santé connue pouvant expliquer les symptômes rapportés ci-dessus? Si oui, précisez : _____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne s'applique pas	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne s'applique pas
10-Avez-vous été en contact étroit (au moins 15 minutes à moins de 2 mètres) avec un cas confirmé ou suspecté de la COVID-19?^a	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Signature de la personne qui a rempli le formulaire (patient ou personnel de bureau) :		
Signature pré-rdv : _____ Signature clinique : _____		
CETTE SECTION EST RÉSERVÉE AU PERSONNEL DE LA CLINIQUE DENTAIRE <ul style="list-style-type: none"> • <i>Si le patient a répondu OUI à au moins une des conditions suivantes : STATUT SUSPECTÉ/CONFIRMÉ.</i> <ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>OUI à la question 1;</i> ✓ <i>OUI à au moins une des questions 2 à 5, sans autres causes apparentes (question 9);</i> ✓ <i>OUI à au moins deux des questions 6 à 8, sans autres causes apparentes (question 9);</i> ✓ <i>OUI à la question 10.</i> • <i>Toute autre réponse : STATUT ASYMPTOMATIQUE.</i> 		
Cocher la case correspondant au statut COVID-19 du patient : <input type="checkbox"/> Asymptomatique <input type="checkbox"/> Suspecté/Confirmé Si le patient est considéré comme suspecté/confirmé COVID-19, consulter le dentiste avant d'attribuer un rendez-vous.		

^a Cette condition exclut les travailleurs de la santé qui ont prodigué des soins à un cas confirmé ou suspecté de la COVID-19 avec les équipements de protection individuelle appropriés.

