

## Note de service

- Destinataires :** Gestionnaires, médecins, pharmaciens, personnel en CHSLD et unités de réadaptation LPA, URFI unité 301 à l'IUSMM
- Expéditeurs :** Béatrice Solon, chef de service en PCI  
Précilia Ilongo, chef de service en PCI  
Dr Xavier Marchand-Senécal, microbiologiste-infectiologue, Officier PCI  
Service de prévention et de contrôle des infections  
Dre Annie-Claude Labbé, microbiologiste-infectiologue, HMR
- Date :** 16 décembre 2024
- Objet :** Recherche de virus respiratoires en CHSLD publics, en unités de réadaptation LPA et au 301 à l'IUSMM
- 

Nous observons actuellement une hausse de cas de virus respiratoires dans nos milieux, nous vous demandons de demeurer vigilant quant aux symptômes associés.

Dès maintenant, **en présence de symptômes d'allure grippale (SAG) survenant chez :**

- Les résidents en CHSLD publics du CEMTL
- Les usagers des unités de réadaptation (lits de soins post-aigus; LPA)
- Les usagers de l'unité 301 de l'IUSMM

Il est recommandé d'ajouter la recherche des virus de l'influenza A/B et VRS par test d'amplification des acides nucléiques (TAAN) au prélèvement oronasopharyngé (gorge et nasopharynx) effectué pour la COVID-19. Ces ajouts ont pour but :

- D'identifier rapidement les personnes infectées par un virus de l'influenza afin de prescrire l'antiviral oseltamivir (Tamiflu®)
- De rechercher le VRS avant de recourir au panel de virus respiratoire (qui est un test très coûteux réalisé sur un appareil ne permettant qu'une seule analyse à la fois).

**Rappel:** La présentation clinique et la gravité des infections respiratoires peuvent varier en fonction de l'âge et de l'état de santé de l'usager. Les manifestations principales sont :

- Fièvre soudaine;
- Toux soudaine ou aggravée;
- Mal de gorge;
- Douleurs musculaires ou articulaires;
- Fatigue extrême;
- Maux de tête.

Les personnes âgées peuvent se sentir affaiblies et être parfois confuses sans présenter d'autres symptômes.



## PROCESSUS

1. Le **prélèvement oronasopharyngé** (gorge et nasopharynx) doit être effectué selon la procédure en vigueur pour la recherche de SARS-Cov-2 (COVID-19).
2. Utiliser la **requête REQ0080 mise à jour** pour la saison 2024-2025 se trouvant en annexe. Cette requête peut être commandée à la reprographie, mais nous joignons le PDF séparément si vous désirez l'imprimer directement.

4. Virus à rechercher - Milieux de transport acceptables	
<input type="checkbox"/> SRAS-CoV-2 (COVID-19) <input type="checkbox"/> Influenza A/B *La recherche d'Influenza A et B est disponible seulement lorsque ces virus sont en circulation. <input type="checkbox"/> VRS	Ces analyses seront effectuées sur le même prélèvement placé dans le milieu cobas, saline ou UTM si prescrites en même temps.
<input type="checkbox"/> Panel respiratoire (19 pathogènes respiratoires incluant Influenza, VRS, rhinovirus, SARS-CoV-2, autres coronavirus, etc.) : Attention! Cette analyse a des indications limitées : Lors d'une écloison, entre 3 et 5 échantillons sont suffisants. Un maximum de 5 échantillons par unité de soins sera accepté. Préciser lequel des échantillons il s'agit, soit # ____ de 5 pour cette écloison (ex. , #3 de 5) Nom de la conseillère de PCI qui a demandé/autorisé le panel respiratoire : _____ Peut être acceptable par ailleurs si on anticipe que le résultat du panel changera la prise en charge d'un usager, et seulement lorsque la recherche de SRAS CoV-2 et Inf luenza A/B est négative. Renseignements cliniques obligatoires : _____	Cette analyse requiert un prélèvement distinct placé dans la saline ou dans un milieu UTM .
3700000080	2024-10-29

3. **RAPPEL** : La demande de **panel de virus respiratoire a des indications limitées**. En raison des coûts et des ressources requises, les restrictions suivantes s'appliquent :
  - Un maximum de 3 à 5 échantillons d'une même unité de soins lors de suspicion d'éclosion de virus respiratoires peut être envoyé au laboratoire. Si le nombre d'échantillons est dépassé la demande sera rejetée.
  - L'analyse sera réalisée seulement si un résultat négatif pour COVID-19 et Influenza A/B est disponible dans les 7 jours précédents.
  - La demande d'analyse sera rejetée si un résultat positif est connu pour COVID-19, ou Influenza A/B ou VRS dans les 7 jours précédents.

Le **nom de l'unité** en écloison, les **renseignements cliniques** et le **nom de la conseillère en prévention des infections** qui a autorisé les prélèvements devront **obligatoirement être inscrits sur la requête**. En l'absence de ces informations, seule la recherche du **SRAS-CoV-2 et des virus de l'influenza A/B sera effectuée** par le laboratoire.

Exemples de tubes appropriés  
comme milieu de transport :



Saline



Milieu de transport viral (UTM)



Milieu cobas®

Ces deux milieux sont adéquats pour toutes les analyses (COVID, Influenza, VRS et panel).

Ce milieu est adéquat pour COVID (sauf pour le test rapide), Influenza et VRS.

Exemples de tubes qui **ne sont pas acceptables** comme milieu de transport :



Ces deux milieux sont utilisés pour la coqueluche

Merci de votre précieuse collaboration

## Annexe 1

<b>Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Est-de-Montréal</b>  Québec		Hôpital Maisonneuve-Rosemont 5415 boulevard de l'Assomption Montréal (Qc) H1T 2M4 514-252-3400 poste 4533		<b>Identification du patient - Renseignements obligatoires*</b> * Nom, prénom <u>ET</u> numéro de dossier <u>OU</u> RAMQ <u>OU</u> date de naissance et sexe. Nom, Prénom : _____ Adresse : _____ Code postal : _____ RAMQ : _____ N° Dossier : _____ Date de naissance : _____ Sexe : _____ Téléphone : _____ Code postal : _____ Adresse courriel de l'usager : _____ Date prélèvement : _____ Heure : _____ Prélevé par : _____	
<b>REQUÊTE COVID-19 ET INFLUENZA EN CHSLD / RPA / RI-RTF-RAC</b>					
<b>Identification du prescripteur - Renseignements obligatoires</b>					
Lieu de consultation : _____ Nom et prénom : _____ Numéro de pratique : _____ Téléphone : _____ Télécopieur : _____ Signature du prescripteur _____					
<b>Cette requête a été développée exclusivement pour les usagers et les travailleurs de la santé chez qui le prélèvement est fait dans un CHSLD, une RPA ou une RI-RTF-RAC.</b>					
Remplir obligatoirement les quatre sections de cette requête, en plus de fournir l'adresse complète, incluant le numéro de téléphone et le code postal.					
1. Région de résidence : <input type="radio"/> 06 Montréal <input type="radio"/> 13 Laval <input type="radio"/> 14 Lanaudière <input type="radio"/> 16 Montérégie <input type="radio"/> Autre : _____					
2. Indication du test selon les priorités de dépistage du MSSS :					
<b>Population</b>		<b>Symptomatique</b>		<b>Asymptomatique</b>	
Travailleur de la santé (y compris les stagiaires)		<input type="radio"/> M3 <input type="radio"/> M5 (si contexte d'éclosion)		<input type="radio"/> M5 - Dépistage dans un contexte d'éclosion	
Usager		<input type="radio"/> M2 Milieu d'hébergement : <input type="checkbox"/> CHSLD <input type="checkbox"/> RPA <input type="checkbox"/> RI-RTF-RAC <input type="radio"/> M5 (si contexte d'éclosion)		<input type="radio"/> M6 - Dépistage dans un contexte d'éclosion ou contact avec un cas de COVID-19 <input type="radio"/> M8 - Admission dans une unité de soins aigus <input type="radio"/> M10 - Traitement immunosuppresseur prévu <input type="radio"/> M11 - Intubation prévue dans les 48 heures (pré-opératoire: admis ou chirurgie d'un jour)	
<input type="radio"/> M19 - Test de confirmation de la guérison à l'infection par la COVID-19 prescrit par un clinicien, un microbiologiste-infectiologue ou un membre de l'équipe de PCI <input type="radio"/> M21 - Selon la recommandation d'un microbiologiste-infectiologue ou d'une conseillère de prévention et de contrôle des infections (PCI)					
<b>3. Nature / Site de l'échantillon prélevé - Milieux de transport acceptables</b>					
<b>Écouvillon :</b> <input type="checkbox"/> Nasopharynx <input type="checkbox"/> Gorge/Nasopharynx <input type="checkbox"/> Gorge/Narines antérieures (COVID-19 seulement) <input type="checkbox"/> Autre : _____					
Si COVID-19, Influenza A/B ou VRS : UTM*, saline, cobas PCR Media** Si panel respiratoire : UTM* ou saline *UTM: Universal transport media (milieu de transport viral - tube à bouchon rouge ou bleu selon la compagnie) ** cobas PCR Media: tube à bouchon jaune					
<b>Autres échantillons :</b> <input type="checkbox"/> Gargarisme avec 5 mL d'eau de source (COVID-19 seulement) <input type="checkbox"/> Autre : _____					
<b>4. Virus à rechercher - Milieux de transport acceptables</b>					
<input type="checkbox"/> SRAS-CoV-2 (COVID-19) <input type="checkbox"/> Influenza A/B *La recherche d'Influenza A et B est disponible seulement lorsque ces virus sont en circulation. <input type="checkbox"/> VRS					
<input type="checkbox"/> Panel respiratoire (19 pathogènes respiratoires incluant Influenza, VRS, rhinovirus, SARS-CoV-2, autres coronavirus, etc.) : Attention! Cette analyse a des indications limitées : Lors d'une éclosion, entre 3 et 5 échantillons sont suffisants. Un maximum de 5 échantillons par unité de soins sera accepté. Préciser lequel des échantillons il s'agit, soit # ____ de 5 pour cette éclosion (ex. , #3 de 5) Nom de la conseillère de PCI qui a demandé/autorisé le panel respiratoire : _____ Peut être acceptable par ailleurs si on anticipe que le résultat du panel changera la prise en charge d'un usager, et seulement lorsque la recherche de SRAS CoV-2 et Influenza A/B est négative. Renseignements cliniques obligatoires : _____					