



**ÉVALUATION POUR L'ACCÈS AUX SOINS INTENSIFS
NÉONATALS EN SITUATION EXTRÊME DE PANDMÉIE**

< = moins de
> = supérieur à
≥ = supérieur à environ

Ne pas inscrire le nom

N° de dossier : _____

Date de naissance : _____
Année Mois Jour

N° d'assurance maladie : _____

Date : _____ Heure : _____
Année Mois Jour

Niveau d'allocation des ressources néonatales en vigueur : A B

Amorcer des discussions en regard des objectifs de soins appropriés avec les parents ou le représentant légal de l'enfant.

Indications cliniques pour une admission aux soins intensifs néonatales

Le patient nécessite un support respiratoire.

**• Diagnostics et paramètres cliniques en contexte extrême de pandémie de COVID-19
pour prioriser l'admission aux soins intensifs néonatales**

Diagnostic(s)	
Complications/Facteurs aggravants	

Niveau A d'allocation des ressources néonatales

Visant à prioriser les personnes ayant < 70 % de mortalité prévue

Survie à un an estimée à plus de 30 %

À l'étape de priorisation A, si cette case n'est pas cochée, le patient doit être présenté à l'équipe de priorisation.

Niveau B d'allocation des ressources néonatales

Visant à prioriser les personnes ayant < 50 % de mortalité prévue

Survie à un an estimée à plus de 50 %

À l'étape de priorisation B, si cette case n'est pas cochée, le patient doit être présenté à l'équipe de priorisation.

Rempli par : (nom en lettres moulées)	Signature:	N° de permis	Date (année, mois, jour)	Heure .
Vérifié par : (nom en lettres moulées)	Signature:	N° de permis	Date (année, mois, jour)	Heure .
PRÉSIDENT DE L'ÉQUIPE DE PRIORISATION				
Confirmé par : (nom en lettres moulées)	Signature:	N° de permis	Date (année, mois, jour)	Heure .