

REQUÊTE COVID-19 - MAJ 2023-05-23

IDENTIFICATION DU PRESCRIPTEUR	IDENTIFICATION DE L'USAGER
Nom : _____	Nom : _____
Prénom : _____	Prénom : _____
N° permis & fonction : _____	Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Autre/Inconnu
Téléphone : _____	Date de naissance : <u>Année</u> <u>Mois</u> <u>Jour</u>
Télécopieur : _____	N° Assurance maladie : _____
Nom de la clinique: _____	N° téléphone : _____ Code postal : _____
_____	Adresse courriel: _____ de l'usager

Date du prélèvement <u>Année</u> <u>Mois</u> <u>Jour</u> Heure : _____	PRÉLEVÉ PAR : _____
	LIEU DE PRÉLÈVEMENT: _____

Type d'échantillon (spécimen)		
<input type="checkbox"/> Nasopharynx	<input type="checkbox"/> Gorge et Nasopharynx	<input type="checkbox"/> Gorge et narines antérieures
<input type="checkbox"/> Narines antérieures	<input type="checkbox"/> Salive	<input type="checkbox"/> Gargarisme

*Recommandation de la Santé Publique : M (M1 ou M3)
Laisser vide si non M1 ou non M3

Étiquette requête de laboratoire