

REQUÊTE COVID-19

* Information obligatoire
+ Information si disponible



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

PRÉLÈVEMENT :	PRÉLEVÉ PAR : _____
Date du prélèvement : _____ Année Mois Jour Heure : _____	LIEU DE PRÉLÈVEMENT : _____

<input type="checkbox"/> *Sans Symptôme <input type="checkbox"/> *Symptômes: Date de début _____ Année Mois Jour *Type d'échantillon (spécimen) <input type="checkbox"/> Nasopharyngé <input type="checkbox"/> Gorge <input type="checkbox"/> Deux narines <input type="checkbox"/> Salive <input type="checkbox"/> Narine(s) et gorge <input type="checkbox"/> Gargarisme	<div style="border: 1px solid black; padding: 10px; text-align: center;">Étiquette requête de laboratoire</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;">*TR- : _____ Code unique TRU </div>
--	---

*Recommandation de la Santé Publique : M (M1 à M 22)	*Contact avec un cas confirmé (Confirmé par la santé publique dans les derniers 14 jours) <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI
*Voyage Hors-Québec <input type="checkbox"/> OUI Pays/province : _____ (dans les derniers 14 jours)	*Dépistage en contexte d'écllosion ? <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI

+Vaccination Covid post 14 jours: <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	+Suspicion de réinfection (2e épisode 90 jours ou plus après le 1er épisode de confirmé par un TAAN) <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI Date du premier TAAN positif _____ Année Mois Jour
--	---

*Milieu d'hébergement <input type="checkbox"/> Séjour en Centre Hospitalier <input type="checkbox"/> Milieu d'hébergement en CHSLD <input type="checkbox"/> Milieu d'hébergement en RPA <input type="checkbox"/> Milieu d'hébergement en RI-RTF-CR <input type="checkbox"/> Milieu d'hébergement communautaire <input type="checkbox"/> Dispensaire <input type="checkbox"/> Autre _____	*Milieu de travail <input type="checkbox"/> Centre Hospitalier <input type="checkbox"/> Milieu d'hébergement en CHSLD <input type="checkbox"/> Milieu d'hébergement en RPA <input type="checkbox"/> Milieu d'hébergement en RI-RTF-CR <input type="checkbox"/> Laboratoire <input type="checkbox"/> École <input type="checkbox"/> Dispensaire <input type="checkbox"/> Milieu de garde <input type="checkbox"/> Prison <input type="checkbox"/> CLSC/Clinique/Cabinet <input type="checkbox"/> Autre _____
--	--

*Région sociosanitaire (RSS) de l'usager	
<input type="checkbox"/> 01 Bas St-Laurent <input type="checkbox"/> 02 Saguenay-Lac-St-Jean <input type="checkbox"/> 03 Capitale-Nationale <input type="checkbox"/> 04 Mauricie et Centre-du-Québec <input type="checkbox"/> 05 Estrie	<input type="checkbox"/> 06 Montréal <input type="checkbox"/> 07 Outaouais <input type="checkbox"/> 08 Abitibi-Témiscamingue <input type="checkbox"/> 09 Côte-Nord <input type="checkbox"/> 10 Nord-du-Québec
<input type="checkbox"/> 11 Gaspésie-IDM <input type="checkbox"/> 12 Chaudière-Appalaches <input type="checkbox"/> 13 Laval <input type="checkbox"/> 14 Lanaudière <input type="checkbox"/> 15 Laurentides	<input type="checkbox"/> 16 Montérégie <input type="checkbox"/> 17 Nunavik <input type="checkbox"/> 18 Terres-Cries-de-la-Baie-James <input type="checkbox"/> 00-Hors-Québec
Si RSS inconnu inscrire le Code postal : _____	