

1

ZONE D'IDENTIFICATION DU PRESCRIPTEUR

Nom : _____
Prénom : _____
N° permis & fonction : _____
Adresse de retour du résultat : _____
Téléphone : _____
Télécopieur : _____

Inscrire le nom de la clinique/installation ou centre de gestion résultats pour ord. collective

Obligatoire pour texto et fortement suggéré pour tous

2

ZONE D'IDENTIFICATION DE L'USAGER

Nom, prénom : _____
Sexe : M F Date de naissance : ____ - ____ - ____
N° Assurance maladie : _____
N° téléphone : _____ Code postal : _____
PRÉLÈVEMENT :
Date : 20__ - __ - __ Heure : _____
Prélevé par : _____

Très important

3

Nom du lieu de prélèvement : _____ Voyage Hors Québec : Si oui, inscrire region/pays
Contre-indication au prélèvement : Évaluation clinique complétée :

5

Type d'échantillon (spécimen) Gorge / Nasopharyngé Gorge / Nez Autre : _____

<input type="checkbox"/> VALIDATION DE GUÉRISON	<input type="checkbox"/> Pt connu Positif < 3 mois	<input type="checkbox"/> M19
<input type="checkbox"/> GREFFÉ / DONNEUR		<input type="checkbox"/> M4
Lorsqu'applicable, cochez chacune des cases associées à la condition de l'utilisateur		
<input type="checkbox"/> PATIENT (Dans un hôpital)	<input type="checkbox"/> Symptômes	Milieu de soins aigus
<input type="checkbox"/> PATIENT (Dans un hôpital)	<input type="checkbox"/> Sans Symptôme	Chimiothérapie / Radiologie
<input type="checkbox"/> PATIENT (Dans un hôpital)		Admission en soins aigus
<input type="checkbox"/> PATIENT (Dans un hôpital)		Pré-intubation
<input type="checkbox"/> PATIENT (Dans un hôpital)		Pré-bronchoscopie
<input type="checkbox"/> PATIENT (Dans un hôpital)		Greffé / Donneur
<input type="checkbox"/> USAGER (CHSLD, RPA, RI-RTF)	<input type="checkbox"/> Symptômes	Milieu d'hébergement en CHSLD
<input type="checkbox"/> USAGER (CHSLD, RPA, RI-RTF)	<input type="checkbox"/> Symptômes	Milieu d'hébergement en RPA
<input type="checkbox"/> USAGER (CHSLD, RPA, RI-RTF)	<input type="checkbox"/> Symptômes	Milieu d'hébergement en RI-RTF
<input type="checkbox"/> POPULATION / COMMUNAUTÉ	<input type="checkbox"/> Symptômes	M7
<input type="checkbox"/> POPULATION / COMMUNAUTÉ	<input type="checkbox"/> Sans Symptôme	Programme de gestion des entrées
<input type="checkbox"/> POPULATION / COMMUNAUTÉ		M18
<input type="checkbox"/> TRAVAILLEUR SANTÉ	<input type="checkbox"/> Symptômes	Lieu: _____
<input type="checkbox"/> TRAVAILLEUR SANTÉ	<input type="checkbox"/> Sans Symptôme	Dépistage systématique
<input type="checkbox"/> TRAVAILLEUR SANTÉ		Transfert de zones/ régions
<input type="checkbox"/> TRAVAILLEUR SANTÉ		M3
<input type="checkbox"/> TRAVAILLEUR SANTÉ		M17
<input type="checkbox"/> TRAVAILLEUR SANTÉ		M20
<input type="checkbox"/> CLIENTÈLES VULNÉRABLES	<input type="checkbox"/> Sans Symptôme	Admission en hébergement (CHSLD, RPA, RI-RTF, etc.)
<input type="checkbox"/> CLIENTÈLES VULNÉRABLES	<input type="checkbox"/> Sans Symptôme	Intégration milieu de vie (refuge, prison, centre jeunesse, etc.)
<input type="checkbox"/> CLIENTÈLES VULNÉRABLES		M9
<input type="checkbox"/> CLIENTÈLES VULNÉRABLES		M16
<input type="checkbox"/> ÉCLOSION /	<input type="checkbox"/> Symptôme	SCOLAIRE
<input type="checkbox"/> ÉCLOSION /	<input type="checkbox"/> Symptôme	MILIEU DE GARDE
<input type="checkbox"/> ÉCLOSION /	<input type="checkbox"/> Sans Symptôme	Milieu de travail (autres que travailleurs de la santé)
<input type="checkbox"/> ÉCLOSION /	<input type="checkbox"/> Sans Symptôme	M15
<input type="checkbox"/> ÉCLOSION /	<input type="checkbox"/> Sans Symptôme	M14
<input type="checkbox"/> ÉCLOSION /	<input type="checkbox"/> Soins / Hébergement (avec ou sans symptôme)	Personnel
<input type="checkbox"/> ÉCLOSION /	<input type="checkbox"/> Soins / Hébergement (avec ou sans symptôme)	Usager
<input type="checkbox"/> ÉCLOSION /		M5
<input type="checkbox"/> ÉCLOSION /		M6
<input type="checkbox"/> CONTACTS ÉTROITS AVEC RECOMMANDATION DE LA SANTÉ PUBLIQUE		M13
<input type="checkbox"/> AUTRES INDICATIONS PRESCRITES PAR LA SANTÉ PUBLIQUE		M21
<input type="checkbox"/> AUTRES INDICATIONS NON SPÉCIFIQUES OU NON DOCUMENTÉES		M22

Lieu de l'intervention

En lien avec régions éloignées

Inscrire le lieu/étage de travail

Cochez un seul bloc de cet encadré

Région sociosanitaire du patient (RSS)

- 01 Bas St-Laurent
- 06 Montréal
- 11 Gaspésie-IDM
- 16 Montérégie
- 02 Saguenay-Lac-Saint-Jean
- 03 Capitale-Nationale
- 04 Mauricie et Centre-du-Québec
- 17 Nunavik
- 05 Estrie
- 10 Nord-du-Québec
- 15 Laurentides
- 18 Terres-Cries-de-la-Baie-James

À ne pas compléter
Prioriser le code postal SVP

Si RSS inconnu inscrire le Code postal : _____

Contexte de la demande

