

Nom : _____	Nom, prénom : _____
Prénom : _____	Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F Date de naissance : ____ - ____ - ____
N° permis & fonction : _____	N° Assurance maladie : _____
Adresse de retour du résultat : _____	N° téléphone : _____ Code postal : _____
Téléphone : _____	PRÉLÈVEMENT :
Télécopieur : _____	Date : 20 ____ - ____ - ____ Heure : _____
	Prélevé par : _____

Nom du lieu de prélèvement : _____ Voyage Hors Québec : _____

Contre-indication au prélèvement : Évaluation clinique complétée :

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

<input type="checkbox"/> VALIDATION DE GUÉRISON		<input type="checkbox"/> M19
<input type="checkbox"/> GREFFÉ / DONNEUR		<input type="checkbox"/> M4
<input type="checkbox"/> PATIENT (Dans un hôpital)	<input type="checkbox"/> Symptômes Milieu de soins aigus <input type="checkbox"/> Sans Symptôme	<input type="checkbox"/> M1 <input type="checkbox"/> M10 <input type="checkbox"/> M8 <input type="checkbox"/> M11 <input type="checkbox"/> M12 <input type="checkbox"/> M4
<input type="checkbox"/> USAGER (CHSLD, RPA, RI-RTF)	<input type="checkbox"/> Symptômes <input type="checkbox"/> Sans Symptôme	<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
<input type="checkbox"/> POPULATION / COMMUNAUTÉ	<input type="checkbox"/> Symptômes <input type="checkbox"/> Sans Symptôme	<input type="checkbox"/> Programme de gestion des entrées <input type="checkbox"/> M7 <input type="checkbox"/> M18
<input type="checkbox"/> TRAVAILLEUR SANTÉ	<input type="checkbox"/> Symptômes <input type="checkbox"/> Sans Symptôme	<input type="checkbox"/> Lieu: _____ <input type="checkbox"/> Dépistage systématique <input type="checkbox"/> Transfert de zones / régions <input type="checkbox"/> M3 <input type="checkbox"/> M17 <input type="checkbox"/> M20
<input type="checkbox"/> CLIENTÈLES VULNÉRABLES	<input type="checkbox"/> Sans Symptôme <input type="checkbox"/> Sans Symptôme	<input type="checkbox"/> Admission en hébergement (CHSLD, RPA, RI-RTF, etc.) <input type="checkbox"/> Intégration milieu de vie (refuge, prison, centre jeunesse, etc.) <input type="checkbox"/> M9 <input type="checkbox"/> M16
<input type="checkbox"/> ÉCLOSION / ÉTUDE DE PRÉVALENCE	<input type="checkbox"/> Sans Symptôme <input type="checkbox"/> Sans Symptôme <input type="checkbox"/> Soins / Hébergement (avec ou sans symptôme)	<input type="checkbox"/> SCOLAIRE <input type="checkbox"/> MILIEU DE GARDE <input type="checkbox"/> Milieu de travail (autres que travailleurs de la santé) <input type="checkbox"/> Personnel <input type="checkbox"/> Usager <input type="checkbox"/> M15 <input type="checkbox"/> M14 <input type="checkbox"/> M5 <input type="checkbox"/> M6
<input type="checkbox"/> CONTACTS ÉTROITS AVEC RECOMMANDATION DE LA SANTÉ PUBLIQUE		<input type="checkbox"/> M13
<input type="checkbox"/> AUTRES INDICATIONS PRESCRITES PAR LA SANTÉ PUBLIQUE		<input type="checkbox"/> M21
<input type="checkbox"/> AUTRES INDICATIONS NON SPÉCIFIQUES OU NON DOCUMENTÉES		<input type="checkbox"/> M22

Région sociosanitaire du patient (RSS)

<input type="checkbox"/> 01 Bas St-Laurent	<input type="checkbox"/> 06 Montréal	<input type="checkbox"/> 11 Gaspésie-IDM	<input type="checkbox"/> 16 Montérégie
<input type="checkbox"/> 02 Saguenay-Lac-St-Jean	<input type="checkbox"/> 07 Outaouais	<input type="checkbox"/> 12 Chaudière-Appalaches	<input type="checkbox"/> 17 Nunavik
<input type="checkbox"/> 03 Capitale-Nationale	<input type="checkbox"/> 08 Abitibi-Témiscamingue	<input type="checkbox"/> 13 Laval	<input type="checkbox"/> 18 Terres-Cries-de-la-Baie-James
<input type="checkbox"/> 04 Mauricie et Centre-du-Québec	<input type="checkbox"/> 09 Côte-Nord	<input type="checkbox"/> 14 Lanaudière	
<input type="checkbox"/> 05 Estrie	<input type="checkbox"/> 10 Nord-du-Québec	<input type="checkbox"/> 15 Laurentides	

Si RSS inconnu inscrire le Code postal : _____

Logigramme des Priorités de Dépistage

Contexte de la demande

