

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 : <u>Année</u> <u>Mois</u> <u>Jour</u>
Adresse de retour du résultat : _____	N° Assurance maladie : _____
Téléphone : _____	N° téléphone : _____ Code postal : _____
Télécopieur : _____	

Informations sur le prélèvement							
Lieu de prélèvement: _____	Date du prélèvement <table style="display: inline-table; border: 1px solid black; text-align: center; width: 100px;"> <tr><td style="width: 30px;">Année</td><td style="width: 30px;">Mois</td><td style="width: 30px;">Jour</td></tr> <tr><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td></tr> </table>	Année	Mois	Jour	_____	_____	_____
Année	Mois	Jour					
_____	_____	_____					
Premier sérum <input type="checkbox"/> <u>AAAA / MM / JJ</u>	Heure : _____						
Deuxième sérum <input type="checkbox"/> <u>AAAA / MM / JJ</u>	Prélevé par : _____						

Analyse sérologique pour SARS-CoV-2 IgG/IgM
Renseignements cliniques : _____
Symptômes reliés à la Covid <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Date des premiers symptômes compatibles avec la Covid-19 : <u>AAAA / MM / JJ</u>
Avez-vous déjà eu un dépistage Covid ? : <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI
Si oui : <input type="checkbox"/> Positif <u>AAAA / MM / JJ</u> <input type="checkbox"/> Négatif

INDICATIONS						
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr style="background-color: #cccccc;"> <th style="text-align: center;">Soutien au diagnostic clinique</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>S 1 <input type="checkbox"/> Complications tardives associées à la Covid-19 _____ <i>Indiquer la complication</i> _____ <i>Indiquer la complication</i></td> </tr> <tr> <td>S 2 <input type="checkbox"/> Maladie respiratoire sévère *Premier TAAN : <u>AAAA / MM / JJ</u> *Deuxième TAAN : <u>AAAA / MM / JJ</u></td> </tr> </tbody> </table>	Soutien au diagnostic clinique	S 1 <input type="checkbox"/> Complications tardives associées à la Covid-19 _____ <i>Indiquer la complication</i> _____ <i>Indiquer la complication</i>	S 2 <input type="checkbox"/> Maladie respiratoire sévère *Premier TAAN : <u>AAAA / MM / JJ</u> *Deuxième TAAN : <u>AAAA / MM / JJ</u>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr style="background-color: #cccccc;"> <th style="text-align: center;">Enquêtes et surveillance épidémiologiques</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>S 3 <input type="checkbox"/> Enquête de chaînes de transmission lors d'éclotions complexes</td> </tr> </tbody> </table>	Enquêtes et surveillance épidémiologiques	S 3 <input type="checkbox"/> Enquête de chaînes de transmission lors d'éclotions complexes
Soutien au diagnostic clinique						
S 1 <input type="checkbox"/> Complications tardives associées à la Covid-19 _____ <i>Indiquer la complication</i> _____ <i>Indiquer la complication</i>						
S 2 <input type="checkbox"/> Maladie respiratoire sévère *Premier TAAN : <u>AAAA / MM / JJ</u> *Deuxième TAAN : <u>AAAA / MM / JJ</u>						
Enquêtes et surveillance épidémiologiques						
S 3 <input type="checkbox"/> Enquête de chaînes de transmission lors d'éclotions complexes						
Approbation par le directeur de la santé publique ou son représentant S3: _____ <u>AAAA / MM / JJ</u>						

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 : _____			