

REQUÊTE COVID-19_simplifiée

* 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 <input type="checkbox"/> Autre/Inconnu |
| Téléphone : _____ | Date de naissance : Année Mois Jour _____ |
| Télécopieur : _____ | N° Assurance maladie : _____ |
| Nom de la clinique: _____ | N° téléphone : _____ Code postal : _____ |
| _____ | Adresse courriel: _____ de l'usager |

| | | |
|---|---------------|----------------------------|
| Date du prélèvement Année Mois Jour _____ | 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 |
| <input type="checkbox"/> *Sans Symptôme <input type="checkbox"/> *Symptômes: *Date de début Année Mois Jour _____ | | |
| *Recommandation de la Santé Publique : M (M1 à M 25) | | *Voyage Hors-Canada <input type="checkbox"/> OUI *Pays : _____ (dans les derniers 7 jours) |
| Étiquette requête de laboratoire | | *TR- : Code unique TRU _____ |

| *Milieu d'hébergement (usager) | *Milieu de travail (citoyen) |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Centre Hospitalier <input type="checkbox"/> Milieu d'hébergement en CHSLD <input type="checkbox"/> Milieu d'hébergement en RPA | <input type="checkbox"/> Travailleur de la santé (sélectionner le lieu de travail) <input type="checkbox"/> Centre Hospitalier <input type="checkbox"/> Milieu d'hébergement en CHSLD <input type="checkbox"/> Milieu d'hébergement en RPA |

| *Région sociosanitaire (RSS) de résidence de l'usager | | | |
|--|---|--|---|
| <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 | <input type="checkbox"/> 00-Hors-Québec |
| Si RSS inconnu inscrire le Code postal : _____ | | | |