

REQUÊTE **COVID-19**
CHSLD et autres milieux à risque
(PATIENTS EXTERNES)

Nom, prénom : _____ N° permis & fonction : _____ Nom du demandeur : _____ Adresse de retour : _____ Téléphone : _____ Télécopieur : _____ Date : - -	Nom, prénom : _____ Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F N° Assurance maladie : _____ PRÉLÈVEMENT Date : - - Heure : _____ Prélevé par : _____	
Date de début de symptômes : - -		
Cocher la ou les case(s) correspondante(s)		
Symptômes :		
<input type="checkbox"/> Congestion nasale	<input type="checkbox"/> Mal de tête	
<input type="checkbox"/> Fièvre	<input type="checkbox"/> Fatigue	
<input type="checkbox"/> Toux	<input type="checkbox"/> Diarrhée	
<input type="checkbox"/> Dyspnée		
<input type="checkbox"/> Mal de gorge		
Type d'exposition à risque :		
<input type="checkbox"/> Résident symptomatique		
<input type="checkbox"/> Présence d'une éclosion potentielle d'infection respiratoire (au moins 2 cas) ou décès inattendu avec une cause respiratoire infectieuse suspectée		
<input type="checkbox"/> Personnes habitant d'autres milieux à risque (ex. refuges pour itinérants, etc.)		
<input type="checkbox"/> Contact étroit avec un cas confirmé ou probable		
Région sociaux sanitaire du patient		
<input type="checkbox"/> 05 Estrie	<input type="checkbox"/> 13 Laval	<input type="checkbox"/> 15 Laurentides
<input type="checkbox"/> 06 Montréal	<input type="checkbox"/> 14 Lanaudière	<input type="checkbox"/> 16 Montérégie
<input type="checkbox"/> Autre, inscrire le code postal: _____		