

Requête SÉROLOGIE COVID-19

Cocher la ou les case(s) correspondante(s)

IDENTIFICATION DU PRESCRIPTEUR	IDENTIFICATION DE L'USAGER
Nom : _____	Nom : _____
Prénom : _____	Prénom : _____
N° permis et fonction : _____	Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Adresse de retour : _____	Date de naissance : <u>AAAA/MM/JJ</u>
Téléphone : _____	N° assurance maladie : _____
Télécopieur : _____	Téléphone : _____
Signature : _____	Code postal : _____
Information sur le prélèvement	
Lieu de prélèvement : _____	Date du prélèvement : <u>AAAA/MM/JJ</u> Heure : _____
Premier sérum <input type="checkbox"/> : <u>AAAA/MM/JJ</u>	Prélevé par : _____
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-19 <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-19 ? : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	
Si oui : <input type="checkbox"/> Positif <u>AAAA/MM/JJ</u> <input type="checkbox"/> Négatif	
INDICATIONS	
<div style="background-color: #cccccc; padding: 5px; text-align: center; font-weight: bold; margin-bottom: 10px;">Soutien au diagnostic clinique</div> <p>S 1 <input type="checkbox"/> Complications tardives associées à la COVID-19 _____ <i>Indiquer la complication</i> _____ <i>Indiquer la complication</i></p> <p>S 2 <input type="checkbox"/> Maladie respiratoire sévère *Premier TAAN : <u>AAAA/MM/JJ</u> *Deuxième TAAN : <u>AAAA/MM/JJ</u></p>	<div style="background-color: #cccccc; padding: 5px; text-align: center; font-weight: bold; margin-bottom: 10px;">Enquêtes et surveillance épidémiologiques</div> <p>S 3 <input type="checkbox"/> Enquête de chaînes de transmission lors d'éclotions complexes</p>
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"/> 02 Saguenay-Lac-St-Jean <input type="checkbox"/> 03 Capitale-Nationale <input type="checkbox"/> 04 Mauricie et Centre-du-Québec <input type="checkbox"/> 05 Estrie	<input type="checkbox"/> 06 Montréal <input type="checkbox"/> 07 Outaouais <input type="checkbox"/> 08 Abitibi-Témiscamingue <input type="checkbox"/> 09 Côte-Nord <input type="checkbox"/> 10 Nord-du-Québec
<input type="checkbox"/> 11 Gaspésie-IDM <input type="checkbox"/> 12 Chaudière-Appalaches <input type="checkbox"/> 13 Laval <input type="checkbox"/> 14 Lanaudière <input type="checkbox"/> 15 Laurentides	<input type="checkbox"/> 16 Montérégie <input type="checkbox"/> 17 Nunavik <input type="checkbox"/> 18 Terres-Cries-de-la-Baie-James
Si RSS inconnue, inscrire le code postal : _____	