

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 <u>Année</u> <u>Mois</u> <u>Jour</u> Heure : _____
Premier sérum <input type="checkbox"/> <u>AAAA / MM / JJ</u>	Prélevé par : _____
Deuxième sérum <input type="checkbox"/> <u>AAAA / MM / JJ</u>	

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	
Soutien au diagnostic clinique	Enquêtes et surveillance épidémiologiques
S 1 <input type="checkbox"/> Complications tardives associées à la Covid-19 _____ Indiquer la complication _____ Indiquer la complication	S 3 <input type="checkbox"/> Enquête de chaînes de transmission lors d'éclotions complexes
S 2 <input type="checkbox"/> Maladie respiratoire sévère *Premier TAAN : <u>AAAA / MM / JJ</u> *Deuxième TAAN : <u>AAAA / MM / JJ</u>	
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 : _____			