

REQUÊTE COVID-19 - MAJ 2023-06-09

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

Recommandation de la Santé Publique : M (M1à M 25)

Étiquette requête de laboratoire

Région sociosanitaire (RSS) de résidence de l'utilisateur

<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 : _____