



REQUÊTE DE LABORATOIRE POUR UNE PERSONNE SUSPECTÉE DE COVID-19 AU NUNAVIK

IDENTIFICATION DU PRESCRIPTEUR	IDENTIFICATION DE L'USAGER
Nom : _____ Prénom : _____ N° de permis et fonction : _____ Adresse de retour du résultat : DRSP Nunavik ET <input type="checkbox"/> Inuulitsivik (CSI) <input type="checkbox"/> Tulattavik de l'Ungava (CSTU) Médecin de garde : 1-855-964-2244 ou 1-819-299-2990 Courriel : surveillance.vigie.nrbhss@ssss.gouv.qc.ca covid_screening_result.RR17@ssss.gouv.qc.ca	Numéro de dossier : _____ Nom : _____ Prénom : _____ Date de naissance : _____ Sexe : <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M N° Assurance maladie : _____ Village: _____ Code postal : _____ N° maison : _____ Tél : _____ Adresse courriel : _____
PRÉLEVÉ PAR : _____ Date du prélèvement : _____ Heure : _____ Lieu de prélèvement (Village): _____ Réception du prélèvement : Date : _____ Heure : _____ (Laboratoire)	Région sociosanitaire de l'utilisateur (CRGSS) : 17-Nunavik <input type="checkbox"/> Non indiqué <input type="checkbox"/> Autres _____
TYPE D'ANALYSE <input type="checkbox"/> ID NOW (CSI : IDC0VI / CSTU : IDC0V) <input type="checkbox"/> PCR <input type="checkbox"/> STANDARD (CSI: PCRCOV / CSTU: COV19) <input type="checkbox"/> MULTIPLEX (CSI: BILRESPI / CSTU: FLUID) (Voir : Aide-mémoire d'Indications de dépistage et algorithme décisionnel)	SITE DE PRÉLÈVEMENT (CECH) <input type="checkbox"/> Gorge / nez <input type="checkbox"/> Nasopharyngé <input type="checkbox"/> Gargarisme <input type="checkbox"/> Autre: _____ <input type="checkbox"/> Post mortem <input type="checkbox"/> Non indiqué
Dans les derniers 14 jours (19VHQ) Voyage hors Québec : <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI Pays/Province (19LDV) _____ <input type="checkbox"/> Non indiqué	SYMPTÔMES COMPATIBLES AVEC LA COVID (19SYM) : <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> Non indiqué
GROUPES PRIORISÉS M1 à M24 (19GRP) INDICATIONS DE DÉPISTAGE : M : _____ (Voir: Aide-mémoire d'indication de dépistage et algorithme décisionnel)	
Milieu : Hébergement (19MHE) <input type="checkbox"/> CH : Séjour en Centre Hospitalier (Tous secteurs) <input type="checkbox"/> HC : Hébergement communautaire <input type="checkbox"/> RPA : (Sailivik, Elder's home, M-19) <input type="checkbox"/> CHSLD <input type="checkbox"/> RI/RTF/CR <input type="checkbox"/> Prison <input type="checkbox"/> Autre : _____ <input type="checkbox"/> Non indiqué <input type="checkbox"/> Non applicable	Milieu : Travailleur de la santé (CSI :19TRS / CSTU :19MTS) <input type="checkbox"/> CH : Centre Hospitalier <input type="checkbox"/> RPA <input type="checkbox"/> CHSLD <input type="checkbox"/> RI/RTF/CR <input type="checkbox"/> Laboratoire <input type="checkbox"/> CLSC <input type="checkbox"/> Autres : _____ <input type="checkbox"/> Non indiqué <input type="checkbox"/> Non applicable Milieu : Travail (19MTR) <input type="checkbox"/> Prison <input type="checkbox"/> École <input type="checkbox"/> Milieu de garde <input type="checkbox"/> Autres : _____ <input type="checkbox"/> Non indiqué <input type="checkbox"/> Non applicable

Signature : _____ Date : _____

(Nom du prescripteur autorisé et ordonnance collective)



REQUÊTE DE LABORATOIRE POUR UNE PERSONNE SUSPECTÉE DE COVID-19 AU NUNAVIK

TEST ID NOW

<p>Coordonnées de la santé publique</p> <p>Médecin de garde : 1 855 964-2244 ou 1 819 299-2990</p> <p>Résultat envoyé : surveillance.vigie.nrbhss@ssss.gouv.qc.ca <u>ET au laboratoire du CSI ou CSTU</u></p> <p>Date : _____ Heure : _____</p>	<p>Nom : _____</p> <p>Prénom : _____</p> <p>DDN : _____</p> <p># dossier : _____</p>
--	--

Lieu du test	
CSI	CSTU
<input type="checkbox"/> Kuujjuaraapik <input type="checkbox"/> Umiujaq <input type="checkbox"/> Inukjuak <input type="checkbox"/> Puvirnituaq <input type="checkbox"/> Akulivik <input type="checkbox"/> Ivujivik <input type="checkbox"/> Salluit	<input type="checkbox"/> Kangiqsujuaq <input type="checkbox"/> Quaqtac <input type="checkbox"/> Kangirsuk <input type="checkbox"/> Aupaluk <input type="checkbox"/> Tasiujaq <input type="checkbox"/> Kangiqsualujjuaq <input type="checkbox"/> Laboratoire <input type="checkbox"/> Elder's

Clinique du voyageur Autres : _____

RÉSULTAT INITIAL	REPRIS (AU BESOIN)
COLLER ÉTIQUETTE	COLLER ÉTIQUETTE

RÉSULTAT	<input type="checkbox"/> INVALIDE <input type="checkbox"/> Répéter le test
-----------------	--

Signature : _____ Date : _____

(Personne autorisée seulement)