

Demande d'examen en laboratoire pour les virus respiratoires

Information sur le patient			
Nom(s) de famille du patient :	Prénom(s) :		
Adresse du patient :	No de téléphone :		
Ville ou village :	Province :	Code postal :	
Numéro d'assurance-maladie : <small>(Inclure la province si autre que N.-B., no MDN, ACC)</small>	Date d'expiration de l'assurance-maladie : <small>(mm/aaaa)</small>		
Date de naissance : <small>(aaaa/mm/jj)</small>	Sexe : <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Autre :		
Langue de choix : <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Autre :	Médecin faisant la demande :		
Requête complétée par :	Copie à :		
Information et source du spécimen			
<input type="checkbox"/> Écouvillon nasopharyngé <input type="checkbox"/> Aspiration nasopharyngée <input type="checkbox"/> Écouvillon nez/gorge <input type="checkbox"/> Autre : _____			
Date de prélèvement : <small>(aaaa/mm/jj)</small>	Heure de prélèvement : <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM		
Prélevé par :			
Tests demandés			
<input checked="" type="checkbox"/> PCR virus respiratoires (Influenza, COVID-19 et VRS)			
Information clinique et épidémiologique supplémentaire			
Patient a des symptômes :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu	Reçu le vaccin COVID-19 de la saison en cours ¹ :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu
Reçu antiviraux COVID-19 :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu	Reçu le vaccin Influenza de la saison en cours ¹ :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu
Reçu antiviraux Influenza :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu	Reçu le vaccin VRS de la saison en cours ¹ :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu
Voyage dans les 10 derniers jours :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu Si oui, spécifiez : _____	Contact avec de la volaille ou des porcs dans les 10 derniers jours :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu Si oui, précisez : _____
À l'usage du laboratoire seulement		Date et heure de réception au laboratoire : _____	

Envoyez le spécimen réfrigéré à votre laboratoire régional.

Commentaires (optionnel):

¹ Un vaccin saisonnier est défini comme ayant reçu un vaccin contre la COVID-19, l'Influenza ou le VRS à tout moment après le début de la saison respiratoire en cours (après le 1er septembre).