



MR61082

Dossier : \_\_\_\_\_  
Nom : \_\_\_\_\_  
Prénom : \_\_\_\_\_  
D.D.N. : \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
AAAA MM JJ

## DÉPISTAGE COVID-19 PAR GARGARISME AU DOMICILE DE L'EMPLOYÉ / MÉDECIN

### S'assurer de remplir un formulaire par personne dépistée.

- En effectuant le test pour moi-même ou une tierce personne, je m'engage à respecter mes obligations et responsabilités professionnelles en tant que médecin ou employé du CIUSSS MCQ.

### Indications

- S'assurer de suivre la procédure jointe à la trousse de dépistage et d'auto-dépistage.
- S'assurer de remplir tous les champs requis du présent formulaire.

### Identification de la personne dépistée (information complémentaire)

N° d'assurance maladie : \_\_\_\_\_ Date d'expiration : \_\_\_\_\_ Sexe :  Femme  
AAAA-MM  Homme

Nom de fille de la mère : \_\_\_\_\_ Prénom de la mère : \_\_\_\_\_

Nom du père : \_\_\_\_\_ Prénom du père : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

N° téléphone : \_\_\_\_\_ N° cellulaire (SMS) : \_\_\_\_\_

### Codes de priorité au dépistage COVID-19. Ne cocher qu'une seule case.

- M3 Travailleur de la santé avec symptômes: \* **si employé du CIUSSS contacter le bureau de santé.**
- M7 Toute personne résidant à votre domicile ayant des symptômes.
- M13 Enfant ou conjoint ou employé sans symptôme ayant été en contact avec un cas positif.
- M14 Travailleur asymptomatique d'un milieu de travail en éclosion autre qu'un milieu d'hébergement ou de soins (ex.: travailleur du secteur de l'alimentation, de la construction, du transport, etc.).
- M15 Enfant, élève, étudiant ou personnel asymptomatique d'un milieu scolaire, de garde ou d'un camp de jour, retiré du milieu.

### Identification de l'employé ou du médecin effectuant le test

Nom : \_\_\_\_\_ N° employé : \_\_\_\_\_

Titre d'emploi : \_\_\_\_\_

- Auto-dépistage pour moi-même  Pour quelqu'un d'autre, spécifiez le lien : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_ N° de permis : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_ Heure : \_\_\_\_\_  
AAAA-MM-JJ HH : MM

Nom :

Prénom :

N° dossier :

## CONSENTEMENT

### Consentement de l'employé ou du médecin effectuant un auto-dépistage ou un dépistage pour SON enfant de moins de 14 ans.

- Je consens à la transmission par courriel du résultat si négatif pour moi-même ou pour mon enfant à l'adresse électronique suivante : \_\_\_\_\_.

Nom : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

AAAA-MM-JJ

### Consentement de toute autre personne de sa bulle familiale dépistée âgée de 14 ans ou plus OU de la personne responsable légalement de l'enfant de moins de 14 ans qui a été dépisté.

- Je consens à la transmission de mon prélèvement et des informations personnelles incluses dans ce formulaire et ce, par l'entremise de la personne ayant effectuée le test de dépistage de la COVID-19.
- Je consens à la transmission par courriel du résultat si négatif à l'adresse électronique suivante :

\_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

AAAA-MM-JJ

**Pour le travailleur du CIUSSS MCQ avec code de priorité M3, il est obligatoire de contacter le bureau de santé au numéro suivant : 819 852-2251.**