



**RÉSULTAT DE L'USAGER POUR L'ANALYSE
COVID-19 PAR ID NOW™ / PARENT**

En absence d'adressographe, compléter les informations suivantes :

Nom : _____

Prénom : _____

Numéro d'assurance maladie : _____

Numéro de dossier : _____

Date de naissance (AAAA-MM-JJ) : _____

Sexe : Femme Homme

Adresse : _____

Ville : _____

Code postal : _____

Informations nécessaires pour contacter l'utilisateur :

Adresse courriel (communication des résultats négatifs) : _____

Numéro de téléphone (communication des résultats positifs) : _____

Identification du prescripteur

Nom : Godi

Prénom : Clada Anne Marie Josée

Numéro de permis : 13711

Compléter si copie à un deuxième médecin

Nom : _____

Prénom : _____

Numéro de permis : _____

Nom :

Prénom :

N° dossier :

Symptômes :

L'utilisateur a-t-il un ou plusieurs symptômes associés à la COVID-19 ? Oui Non*

*En absence de symptômes ou avec des symptômes de plus de 7 jours, ne pas utiliser l'ID NOW comme test diagnostique.

Quelle est la date de début des symptômes ? _____
(AAAA-MM-JJ)

Liste des symptômes :

- Fièvre
- Toux
- Douleur (muscles, poitrine, ventre ou articulations)
- Mal de gorge
- Fatigue intense
- Nez qui coule ou congestionné
- Autres précisez : _____

Recommandation de la santé publique : M7 M3 Autre : _____

Est-ce que l'utilisateur a voyagé hors du Québec dans les 14 derniers jours ? Oui Non

Milieu de vie :

- Domicile (maison, condo ou appartement)
- Résidence privée pour aînés (RPA)
- Centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD)
- Centre hospitalier (CH)
- Ressource intermédiaire (RI)
- Ressources de type familial (RTF)
- Centre de réadaptation (déficience physique, intellectuelle, alcoolisme, toxicomanie, difficulté d'adaptation)
- Hébergement communautaire
- Milieu carcéral (prison)
- Autre hébergement
- Sans domicile fixe

Milieu de travail : _____

Information sur le prélèvement :

Date du prélèvement : _____
(AAAA-MM-JJ)

Heure du prélèvement (HH:MM) : _____

Type d'échantillon : Nasopharyngé

Type de test utilisé : ID NOW



**RÉSULTAT DE L'USAGER POUR L'ANALYSE
COVID-19 PAR ID NOW™ / PARENT**

En absence d'adressographe, compléter les informations suivantes :

Nom : _____

Prénom : _____

Numéro d'assurance maladie: _____

Numéro de dossier : _____

Information sur le résultat :

Lorsque le **résultat** est **positif**, inscrire le nom complet du médecin de la santé publique avisé, la date et l'heure de l'appel.

Nom : _____

Date (AAAA-MM-JJ) : _____

Heure (HH :MM): _____

À l'usage du laboratoire

Si le résultat est négatif, enregistrer IDNOW

- Réceptionner et faire le OK dans la requête

Si le résultat est **positif**, enregistrer VCOVV

Étiquette du résultat d'ID NOW™

Coller le résultat ici

Signature _____ N° de permis : _____ Date : _____

AAAA-MM-JJ

Acheminez le document au laboratoire, à l'assistant-chef responsable qualité pour les EBMD.