



MR61098

Identification de l'utilisateur

Dossier : _____

Nom : _____

Prénom : _____

D.D.N. _____ - _____ - _____

AAAA

MM

JJ

**AUTODÉPISTAGE PRÉVENTIF COVID-19
GARGARISME EMPLOYÉS CIBLÉS
CIUSSS MCQ**

COLLECTE DE DONNÉES

TRANSMISSION PAR COURRIEL DU RÉSULTAT SI NÉGATIF

Les éléments de risque sont connus de l'employé :

- Les outils utilisés par le CIUSSS MCQ permettent d'assurer la confidentialité des informations transmises par courriel, mais il est possible que le fournisseur de messagerie courriel de l'employé n'assure pas un même niveau de confidentialité. Donc, avant de recevoir un courriel, l'employé peut effectuer des vérifications auprès de son fournisseur de messagerie;
- Il appartient à l'employé de s'assurer de maintenir la confidentialité des messages courriel qu'il reçoit si tel est son souhait, et ce, en évitant que d'autres personnes aient accès à sa messagerie courriel;
- L'adresse de messagerie courriel du CIUSSS MCQ ne doit en aucun cas être utilisée afin d'obtenir de nouveaux services ou échanger sur son état de santé avec son professionnel.

Consentement pour transmission par courriel du résultat si négatif : Oui Non

Adresse courriel : _____

INDICATIONS AU DÉPISTAGE COVID-19

Autodépistage préventif Priorité de dépistage (précisez) M _____

Catégorie d'employés:

Soutien à domicile (SAD) Centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD)
Spécifiez :

Autre Spécifiez :

Travailleurs de la santé N° d'employé :

Indications à l'autodépistage par gargarisme :

- Je n'ai pas bu, ni mangé, ni fumé dans les 15 minutes précédant le gargarisme (attendre 15 minutes)
- Je ne présente pas de symptômes de la COVID-19
- J'ai réussi le parcours de formation et de supervision à l'autodépistage (MCQ03804COVID)

Nom :

Prénom :

N° dossier :

INTERVENTIONS

Autodépistage par la méthode de gargarisme effectué

Notes complémentaires : _____

L'analyse du prélèvement doit être identifiée au nom du médecin prescripteur, soit :

- *Dre Lise-Andrée Galarneau (96258), infectiologue, officier PCI au CIUSSS MCQ, pour les autres secteurs d'activité.*

Je déclare que je suis admissible à l'autodépistage (indications) et j'ai procédé à mon autodépistage :

Signature : _____

Date : _____
AAAA-MM-JJ

Heure : _____
HH : MM

Titre d'emploi : _____

Signature : _____

Date : _____
AAAA-MM-JJ

Heure : _____
HH : MM

Titre d'emploi : _____

Signature : _____

Date : _____
AAAA-MM-JJ

Heure : _____
HH : MM

Titre d'emploi : _____

Signature : _____

Date : _____
AAAA-MM-JJ

Heure : _____
HH : MM

Titre d'emploi : _____

Signature : _____

Date : _____
AAAA-MM-JJ

Heure : _____
HH : MM

Titre d'emploi : _____

Signature : _____

Date : _____
AAAA-MM-JJ

Heure : _____
HH : MM

Titre d'emploi : _____

Signature : _____

Date : _____
AAAA-MM-JJ

Heure : _____
HH : MM

Titre d'emploi : _____

Signature : _____

Date : _____
AAAA-MM-JJ

Heure : _____
HH : MM

Titre d'emploi : _____

Signature : _____

Date : _____
AAAA-MM-JJ

Heure : _____
HH : MM

Titre d'emploi : _____