



MR61114

Identification de l'utilisateur

Dossier : _____

Nom : _____

Prénom : _____

D.D.N. _____ - _____ - _____

AAAA

MM

JJ

**DÉPISTAGE PRÉVENTIF GARGARISME
EMPLOYÉ ASYMPTOMATIQUE CIBLÉ RNI-RTF-
RPA**

Ressource non institutionnelle (RNI) Ressource de type familial (RTF) Résidence privée pour aînés (RPA)

COLLECTE DE DONNÉES

1. TRANSMISSION PAR COURRIEL DU RÉSULTAT SI NÉGATIF

Les éléments de risque sont connus de l'employé :

- Les outils utilisés par le CIUSSS 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.

CE CONSENTEMENT VAUT POUR TOUS LES DÉPISTAGES SUCCESSIFS.

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

Adresse courriel : _____

2. INDICATIONS AU DÉPISTAGE COVID-19

Dépistage préventif Priorité de dépistage : **M 17**

Catégorie populationnelle :

<input type="checkbox"/> RPA	<input type="checkbox"/> RNI	<input type="checkbox"/> RTF
------------------------------	------------------------------	------------------------------

Autre Spécifiez : _____

Indications au dépistage par gargarisme :

- L'employé n'a pas bu, ni mangé, ni fumé dans les 15 minutes précédant le gargarisme (sinon attendre 15 minutes);
- Il ne présente pas de symptômes de la COVID-19.

Contre-indication au dépistage par gargarisme :

- Ne présente aucune contre-indication.

Nom :

Prénom :

N° dossier :

3. INTERVENTIONS

Dépistage par la méthode de gargarisme effectué.

Notes complémentaires : _____

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

- *Dre Marie-Josée Godi (13711), directrice de la Direction de santé publique et responsabilité populationnelle (DSPPR) au CIUSSS MCQ, pour les cliniques désignées COVID-19 et les services dans la communauté;*

Je déclare que l'employé est admissible au dépistage du point 2 (au recto) soit : qu'il répond aux indications, n'a aucune contre-indication et j'ai procédé à son dépistage :

Signature : _____ Date : _____ Heure : _____
AAAA-MM-JJ HH : MM

Titre d'emploi : _____

Signature : _____ Date : _____ Heure : _____
AAAA-MM-JJ HH : MM

Titre d'emploi : _____

Signature : _____ Date : _____ Heure : _____
AAAA-MM-JJ HH : MM

Titre d'emploi : _____

Signature : _____ Date : _____ Heure : _____
AAAA-MM-JJ HH : MM

Titre d'emploi : _____

Signature : _____ Date : _____ Heure : _____
AAAA-MM-JJ HH : MM

Titre d'emploi : _____

Signature : _____ Date : _____ Heure : _____
AAAA-MM-JJ HH : MM

Titre d'emploi : _____

Signature : _____ Date : _____ Heure : _____
AAAA-MM-JJ HH : MM

Titre d'emploi : _____

Signature : _____ Date : _____ Heure : _____
AAAA-MM-JJ HH : MM

Titre d'emploi : _____

Signature : _____ Date : _____ Heure : _____
AAAA-MM-JJ HH : MM

Titre d'emploi : _____