

## Formulaire de déclaration d'un cas confirmé ou probable de maladie pulmonaire associée au vapotage

Prière de vous référer à la déclaration de cas la plus récente (accessible sur le site internet du CIUSSS MCQ : <https://ciusssmcq.ca/documentation/documentation-partenaires/sante-publique-professionnels/>).

Le médecin qui signale le cas sera contacté par la santé publique pour la réalisation de l'enquête épidémiologique.

Date de déclaration : \_\_\_\_\_

### Coordonnées du cas

Nom et prénom de la personne :
Date de naissance :
Nom de l'établissement où la personne est hospitalisée :
Ou adresse de la personne si elle n'est pas hospitalisée :
Cas confirmé :
Cas probable :
Signalement sous enquête :
Commentaires :

### Coordonnées du médecin déclarant :

Nom et prénom :
Numéro de téléphone :
Numéro de téléavertisseur :
Commentaires :

### Coordonnées pour effectuer la déclaration à la Direction de santé publique de la Mauricie et du Centre-du-Québec:

Télécopieur (confidentiel) : 1-866-377-6236

La Direction de la santé publique vous remercie de votre collaboration.

819 693-3916