

Demande de test de dépistage de la COVID-19

Toutes les sections en **rouge** DOIVENT être remplies

1 - Submitter Lab Number (if applicable):

Ordering Clinician (required)

Surname, First Name: [redacted]

OHIP/CPSO/Prof. License No.: [redacted]

Address: [redacted]

Postal code: [redacted]

Phone: (###) ###-#### Fax: (###) ###-####

Hospital Lab (for entry into LIS)

Hospital Name: [redacted]

Address (if different from ordering clinician): [redacted]

Postal Code: [redacted]

Phone: (###) ###-#### Fax: (###) ###-####

Other Clinician or ICP:

Surname, First name: [redacted]

OHIP/CPSO/Prof. License No.: [redacted]

Address: [redacted]

Postal code: [redacted]

Phone: (###) ###-#### Fax: (###) ###-####

Saisissez le **nom et numéro de permis du clinicien qui demande le test** (pour les numéros de permis, référez-vous aux [données extraites pour les praticiens](#))

TOUS les champs de la section 2 **Renseignements sur les patients** DOIVENT ÊTRE REMPLIS.

Remarque :

- **N° de carte Santé** : si non accessible, saisir un NDM
- **Adresse** : adresse COMPLÈTE de l'endroit où réside le patient
- **Numéro de téléphone** – du milieu d'hébergement collectif pour faciliter le suivi du BSP
- **N° d'enquête ou d'éclosion** : propre à l'établissement

Saisissez le nom du **médecin de soins primaires** dans **Autre clinicien** afin qu'il puisse être autorisé à recevoir les résultats de façon électronique (c.-à-d., HRM) s'il a accès à cette option. Utilisez les valeurs acceptées décrites dans les [données extraites pour les praticiens](#).

Fournissez des détails sur les **antécédents de voyage et d'exposition** si connus.

2 - Patient Information

Health Card No.: [redacted] Medical Record No.: [redacted]

Last Name: [redacted]

First Name: [redacted]

Date of Birth: yyyy / mm / dd Sex: M F

Address: [redacted]

Postal Code: [redacted] Patient Phone No.: (###) ###-####

Investigation / Outbreak No.: [redacted]

3 - Travel History

Travel to: [redacted]

Date of Travel: yyyy / mm / dd Date of Return: yyyy / mm / dd

4 - Exposure History

Exposure to probable, or confirmed case? Yes No

Exposure details: [redacted]

Date of symptom onset of contact: yyyy / mm / dd

5 - Test(s) Requested

COVID-19 Virus Respiratory viruses check **ONLY** if required for hospitalized patient or those in group setting)

Toutes les sections en rouge DOIVENT être remplies

7 - Patient Setting / Type

<input type="checkbox"/> Assessment Centre	<input type="checkbox"/> Family doctor/clinic	<input type="checkbox"/> Outpatient/ER not admitted
--	---	---

Only if applicable, indicate the group:

<input type="checkbox"/> Healthcare worker	<input type="checkbox"/> Institution / all group living settings
<input type="checkbox"/> Inpatient (hospitalized)	<input type="checkbox"/> Confirmation (for use ONLY by a COVID testing lab). Enter your result (NEG/POS/or IND)
<input type="checkbox"/> Inpatient (ICU/CCU)	<input type="checkbox"/> For clearance of disease
<input type="checkbox"/> First Nations / Inuit	<input type="checkbox"/> Other (Specify):
<input type="checkbox"/> Unhoused / shelter	
<input type="checkbox"/> ER - to be hospitalized	
<input type="checkbox"/> Deceased / Autopsy	

Toutes les sections : les sections sur le milieu du patient et le type DOIVENT ÊTRE REMPLIES pour aider à organiser et à déclarer les données.

- **Emplacement du patient** – sélectionnez l’endroit où le patient/travailleur a subi le test, ou indiquez un « autre » emplacement.
- **Groupe** – sélectionnez le groupe le plus approprié pour le patient.

Les champs **Date de prélèvement de l'échantillon** et **État des symptômes** DOIVENT ÊTRE REMPLIS.

Si le patient est symptomatique, saisissez la **date d'apparition des symptômes**, sélectionnez tous les **symptômes** qui s'appliquent et saisissez **d'autres** symptômes ou détails supplémentaires (p. ex., température).

6 - Specimen Type (check all that apply)

Specimen Collection Date: yyyy / mm / dd (required)

<input type="checkbox"/> NPS in UTM	If possible:
<input type="checkbox"/> Throat Swab in UTM	<input type="checkbox"/> BAL
<input type="checkbox"/> Other (Specify):	<input type="checkbox"/> Sputum

8 - Clinical Information

<input type="checkbox"/> Asymptomatic	<input type="checkbox"/> Symptomatic
---------------------------------------	--------------------------------------

Date of symptom onset: yyyy / mm / dd

<input type="checkbox"/> Fever / temperature, if known:	<input type="checkbox"/> Pneumonia	⊞
<input type="checkbox"/> Pregnant / also check if in labour:	<input type="checkbox"/> Cough	
<input type="checkbox"/> Other (specify):	<input type="checkbox"/> Sore Throat	+