

FORMULAIRE D’INSCRIPTION AU SYSTÈME D’INFORMATION DES LABORATOIRES (SIL)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nom de l’infirmière ou de l’infirmier :** | Cliquez ici pour taper du texte. | | | | | | | |
| **Numéro de permis (OIIQ) :** | Cliquez ici pour taper du texte. | | | | | | | |
| **Code de profession du prescripteur :** |  | **PI-1** |  | **PI-2** |  | **PI-3** |  | **PI-4  PI-5** |
| **Date de la demande d’inscription :** | Cliquez ici pour taper du texte. | | | | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **COORDONNÉES DE L’INFIRMIÈRE OU DE L’INFIRMIER :** | | |
| **Nom de l’établissement ou de l’installation où exerce l’infirmière :** | | |
| Cliquez ici pour taper du texte. | | |
| **Adresse complète incluant la municipalité et le code postal :** | | |
| Cliquez ici pour taper du texte. | | |
| **No de téléphone :** | | **No de télécopieur** |
| Cliquez ici pour taper du texte. | | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Courriel** | | |
| Cliquez ici pour taper du texte. | | |
| **Nom et prénom de la personne qui certifie** (chef administratif) :  *(S.V.P., écrire en caractères d’imprimerie)*  **Signature du chef administratif**  **Je certifie que le(s) télécopieur(s) est (sont) installé(s) dans un endroit surveillé, accessible au personnel**  **autorisé seulement :**  oui  non  S.V.P., veuillez retourner le présent formulaire dûment rempli, par télécopieur à (inscrire nom du destinataire - la  ou les installations où l’infirmière acheminera ses spécimens) pilote SIL et une copie à la DSIEC. Il est important que vous vous assuriez d’informer le laboratoire de tout changement par rapport aux informations transmises, et ce, dans le but d’assurer le suivi sécuritaire des analyses prescrites. |  | |

**(**

MERCI DE VOTRE COLLABORATION

Ministère de la Santé et des Services sociaux 12 janvier 2016