

Requête pour centre de dépistage: (10534) Équipe Mobile Éclosion TdeS – Laurentides

Date : \_\_\_\_\_

Heure de prélèvement : \_\_\_\_\_

CH       CHSLD       URFI

Nom de la ressource : \_\_\_\_\_

M5 Type de prélèvement     Nasor     Garga

Nom du prescripteur : SSME

**INFORMATIONS PERSONNELLES**

Prénom de l'employé : \_\_\_\_\_ Nom de l'employé : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_

Date de naissance (AAAA/MM/JJ) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Téléphone domicile: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Téléphone cellulaire: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Numéro d'assurance maladie : \_\_\_\_\_

Je confirme que l'usager est dans l'impossibilité de fournir un numéro d'assurance-maladie du Québec. Je m'assure d'obtenir l'information complémentaire pour permettre l'identification de la personne.

Mère inconnue

Prénom de la mère : \_\_\_\_\_

Nom de la mère : \_\_\_\_\_

Numéro unique de l'employé : \_\_\_\_\_ Nom du gestionnaire : \_\_\_\_\_

Autre employé :     Médecin (10)     Stagiaire (20)     Agence (30)     Autre (40)

Ville de l'employé : \_\_\_\_\_ Code postal de l'employé : \_\_\_\_\_

Région:  Laurentides  Lanaudière  Laval  Montréal  Outaouais  Autre région : \_\_\_\_\_

J'ai voyagé hors du Québec au cours des 14 derniers jours

Si oui, spécifier le pays \_\_\_\_\_

Avez-vous été vacciné?  Oui  Non

Date du dernier épisode de Covid-19: \_\_\_\_\_



Suite au VERSO

## CONSENTEMENT

J'accepte que mes informations soient partagées avec l'établissement de santé qui procédera à mon dépistage de la Covid-19.

Je **CONSENS**

J'ai lu la déclaration de consentement et JE CONSENS à ce que le centre de dépistage qui procédera à mon test de dépistage de la Covid-19, à me transmettre par courriel le résultat avec l'option, selon la préférence choisie, de recevoir ou non une notification par messagerie texte m'avisant de la transmission du résultat de test par courriel.

Je **CONSENS** à recevoir mon résultat négatif ou positif par courriel/SMS

Je **NE CONSENS PAS** à recevoir mon résultat négatif ou positif par courriel/SMS

Je reconnais qu'en recevant le résultat de test par courriel avec l'option, ou non de recevoir une notification par messagerie texte m'avisant de la réception du courriel, certaines de mes informations sortiront de la présente plateforme informatique sécurisée et pourront ne pas bénéficier des mêmes mesures de sécurité ou pourront être accessibles à d'autres personnes. Je reconnais que si mon adresse courriel ou mon numéro de téléphone sont incorrects, mon résultat de test pourrait être transmis à une mauvaise adresse courriel et mes nom et prénom pourraient être transmis à un mauvais numéro de téléphone.

En ne consentant pas à ce que le résultat de test soit transmis par courriel, je comprends que la transmission du résultat de test sera effectuée par téléphone.

Consentement à la divulgation au bureau de santé du CISSS et au gestionnaire du CISSS des Laurentides : Je consens à ce que le centre qui procédera à la saisie de mon dépistage transmette mon résultat au bureau de santé se rattachant à l'établissement pour lequel je travaille. Si je refuse, je m'engage à transmettre mon résultat à mon employeur dès sa réception.

Je **CONSENS**     Je **refuse**

## DÉCLARATION DE CONSENTEMENT

**Consentement à la réception d'un résultat négatif du test de dépistage de la COVID-19 par courriel et de l'option de recevoir une notification par messagerie texte avisant de la transmission du résultat de test par courriel :**

Vous pouvez choisir de permettre au centre de dépistage qui procédera à votre test de dépistage de la COVID-19 de vous transmettre votre résultat de test par courriel et de recevoir ou non une notification par messagerie texte vous avisant de la transmission du résultat de test par courriel, et ce, par un réseau sécurisé. Votre consentement vous permettra de recevoir plus rapidement votre résultat confirmant ou non que vous avez la COVID-19. Soyez assuré que si votre résultat de test est positif, le personnel médical communiquera personnellement avec vous pour la suite.

Dans le cadre du présent consentement, seules les personnes suivantes pourront avoir accès à l'information à votre sujet : le personnel médical et les membres du personnel du centre de dépistage qui exécutent des activités permises par ce formulaire de consentement.

Ce formulaire de consentement restera en vigueur jusqu'à ce que vous receviez votre résultat négatif de test à la COVID-19.

Cocher la case « JE CONSENS » aura la même valeur qu'une signature manuscrite de votre part.