

Cette case doit contenir: Nom de l'usager, date de naissance et no. RAMQ

Nom de l'établissement : _____

Prescription découlant de l'ordonnance collective : *Initier un test diagnostique pour le virus du SARS-CoV-2 par écouvillonnage nasopharyngé et oropharyngé (OC-CISSL-133)*

ORDONNANCE : Prescription d'un arrêt de travail

Suite à la réception d'un résultat positif au test diagnostique pour le virus SARS-CoV-2 (COVID-19) reçu le (aaaa/mm/jj) _____ :

- Arrêt de travail du _____
aaaa/mm/jj au _____
aaaa/mm/jj , période ne pouvant excéder 14 jours.

Nom de l'infirmière

Signature

Permis

aaaa/mm/jj

Nom du médecin prescripteur : Dr Éric Goyer
Directeur de santé publique