

PRÉLEVEUR	LOCALISATION _____	RAMQ _____	DOSSIER _____
	DATE PRÉL. : / / HEURE : : _____	SITE _____	N° CHAMBRE/CIVIÈRE _____
	NOM ET PRÉNOM LISIBLES _____	DATE DE NAISSANCE _____	SEXE M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
PRESCRIPTEUR	NOM ET PRÉNOM COMPLETS Dr Michel Lizotte	NO DE PERMIS 73106	AA/MM/JJ _____
	TRANSMISSION DU RÉSULTAT À (NOM DE LA CLINIQUE) SPGR	Télécopieur : 418 666-2081	NOM _____
	MD EN COPIE (NOM ET PRÉNOM LISIBLES) _____	NO DE PERMIS _____	PRÉNOM _____
RENSEIGNEMENTS CLINIQUES	NOM DE LA CLINIQUE DU MD EN COPIE _____	ADRESSE _____	NOM DE LA MÈRE _____
	_____	NO CIVIQUE/RUE _____	APT _____
	_____	CODE POSTAL _____	TÉLÉPHONE _____

Inscrire les coordonnées du médecin traitant du travailleur exposé dans la section « Prescripteur – MD en copie ».

■ EXPOSITION ACCIDENTELLE (ACCTR)

(Compléter svp)

TRAVAILLEUR EXPOSÉ **PATIENT SOURCE**

Nom du travailleur : _____

RAMQ du travailleur : _____

Nom du patient source : _____

RAMQ du patient source : _____

Cocher si source inconnue

Unité ou service où l'exposition a eu lieu : _____

Site : _____

MALADIES INFECTIEUSES

VIH 1 TO

Hépatite B (Ag HBs)] 1 TO

Hépatite C (Anti-VHC)]

NOTES :

- 2 Tubes à bouchon or avec gel (TO) sont requis et doivent être stabilisés au laboratoire ≤ 2 heures.
- Les cases à cocher sont déjà noircies en fonction des analyses requises pour le patient source.

ATTENTION : TOUTE DEMANDE D'ANALYSE INCOMPLÈTE OU NON CONFORME POURRAIT ÊTRE REFUSÉE

(v. 2018-11-29)