

Formulaire d'informations obligatoires pour recherche de virus respiratoires

NOM : _____

UNITÉ DE SOINS/CLINIQUE : _____

PRÉNOM : _____

PRESCRIPTEUR : _____

NAM : _____

N°LICENCE : _____

Justification de la demande

Patients Symptomatiques

- Enfant âgé de moins de 2 ans
- Personne âgée de 75 ans et plus
- Résident d'un centre d'hébergement et de soins de longue durée ou d'une ressource intermédiaire
- Personne présentant une maladie chronique
- Obésité importante
- Femme enceinte
- Personne qui vit dans une communauté éloignée ou isolée
- Personne prenant soin d'une personne à risque de complications de l'influenza

Ce formulaire est fait selon les recommandations de l'INESS

https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/COVID-19/COVID-19_INESSS_Taan-Multiplex.pdf