

**DÉPISTAGE CIBLÉ DE LA COVID-19 –
TRAVAILLEURS DE LA SANTÉ / ENFANTS**

Service de santé au travail
Coordination locale

Nom :

DDN :

N° d'assurance-maladie :

N° de téléphone; maison cellulaire et travail		Numéro d'employé	
Service/département		Raison	
Date du dépistage ciblé	____ - ____ - ____ aaaa mm jj	Niveau de risque	
Cochez l'établissement préféré pour le dépistage :		Zone	<input type="checkbox"/> 1B
<input type="checkbox"/> Centre hospitalier universitaire Dr-Georges-L.-Dumont			
Détails de l'évaluation pour un employé ou un médecin			
Cochez ce qui s'applique :			
<input type="checkbox"/> Fièvre (fièvre supérieure à 38 degrés Celsius ou signes de fièvre, comme une sensation de chaleur ou des frissons)	<input type="checkbox"/> Mal de gorge		
<input type="checkbox"/> Toux (toux nouvelle ou toux chronique aggravée)	<input type="checkbox"/> Écoulement/congestion nasal		
<input type="checkbox"/> Mal de tête	<input type="checkbox"/> Nouvelles douleurs musculaires		
<input type="checkbox"/> Fatigue nouvellement apparue	<input type="checkbox"/> Diarrhée		
<input type="checkbox"/> Perte du goût ou de l'odorat	<input type="checkbox"/> Dépistage ciblé chez une personne asymptomatique		
Avez-vous reçu un vaccin contre la COVID-19 au cours des 7 derniers jours?			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Formulaire rempli par		Médecin	Dre. Tania Arseneault
Titre	Médecin du travail		
Date	____ - ____ - ____ aaaa mm jj	Heure	____ : ____

Envoyer ce formulaire par télécopieur au centre de coordination.

Zone 1B : 869-7312

Envoyez également ce formulaire par télécopieur au Service de santé au travail :

Zone 1B : 862-3739



TARGETED SCREENING FOR COVID-19
Healthcare Workers / Children
 Occupational Health Department
 Local Coordination

Name:
 DOB:
 Medicare #:

Phone number		Employee number	
Department		Reason	
Targeted screening date	____ - ____ - ____ yyyy mm dd	Risk level	
Check the preferred screening facility:		Zone	<input type="checkbox"/> 1B
<input type="checkbox"/> Dr. Georges-L.-Dumont University Hospital Center			
Assessment details for employee or physician			
Check those that apply:			
<input type="checkbox"/> Fever (fever above 38°C, or signs of fever, such as feeling hot or having chills)	<input type="checkbox"/> Sore throat		
<input type="checkbox"/> Cough (new or worsening chronic cough)	<input type="checkbox"/> Runny nose		
<input type="checkbox"/> Headache	<input type="checkbox"/> New onset of muscle pain		
<input type="checkbox"/> New onset of fatigue	<input type="checkbox"/> Diarrhea		
<input type="checkbox"/> Loss of sense of taste or of smell	<input type="checkbox"/> Asymptomatic targeted screening		
Have you received a COVID-19 vaccine in the past <u>seven</u> days?			<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No

Form completed by		Referring physician	Dre. Tania Arseneault
Title	Occupational Health Physician		
Date	____ - ____ - ____ yyyy mm dd	Time	____:____

**Fax this form to Vitalité Health Network's Coordination Centre:
 Zone 1B : 869-7312**

**Also fax this Form to the Occupational Health Department.
 Zone 1B: 862-3739**