

**DÉPISTAGE CIBLÉ DE LA COVID-19 –
EMPLOYÉS/MÉDECINS**
Service de santé au travail

Nom :

DDN :

N° d'assurance-maladie :

N° de téléphone		Numéro d'employé (s'il y a lieu)	
Service		Raison	
Dates du dépistage ciblé	____ - ____ - ____ aaaa mm jj	____ - ____ - ____ aaaa mm jj	____ - ____ - ____ aaaa mm jj
Commentaires			
Cochez l'établissement préféré pour le dépistage :	Zone		<input type="checkbox"/> 1B <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> Clinique de l'avenue MacNaughton, Moncton <input type="checkbox"/> Centre médical régional de Shediac <input type="checkbox"/> Hôpital régional de Grand-Sault <input type="checkbox"/> Hôtel-Dieu Saint-Joseph de Saint-Quentin <input type="checkbox"/> Hôpital régional Chaleur <input type="checkbox"/> Hôpital de Tracadie		<input type="checkbox"/> Hôpital Stella-Maris-de-Kent <input type="checkbox"/> Hôpital régional d'Edmundston <input type="checkbox"/> Clinique médicale du Haut-Madawaska (Clair) <input type="checkbox"/> Hôpital Régional de Campbellton <input type="checkbox"/> Hôpital de l'Enfant-Jésus RHSJ† <input type="checkbox"/> Hôpital et Centre de santé communautaire de Lamèque	
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 (nouvelle toux ou toux chronique aggravée)	<input type="checkbox"/> Écoulement nasal/congestion nasale		
<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"/> Essoufflement/difficultés respiratoires	<input type="checkbox"/> Perte d'appétit		
<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 sept 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	____ : ____

**Envoyez ce formulaire par télécopieur au centre de coordination du Réseau de santé Vitalité : 506-544-2250
OU**

Cliquez ici pour soumettre ce formulaire au centre de coordination et au Service de santé au travail par courriel.

Envoyez également ce formulaire par télécopieur au Service de santé au travail :
Zone 1B : 862-3739 Zone 4 : 739-2371 Zone 5 : 789-5337 Zone 6 : 544-2432



**TARGETED SCREENING FOR COVID-19
EMPLOYEES/PHYSICIANS**
Occupational Health Department

Name:
DOB:
Medicare #:

Phone number		Employee number (if applicable)	
Department		Reason	
Targeted screening dates	____ - ____ - ____ yyyy mm dd	____ - ____ - ____ yyyy mm dd	____ - ____ - ____ yyyy mm dd
Comments			
Check the preferred screening facility:	Zone	<input type="checkbox"/> 1B <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6	
<input type="checkbox"/> MacNaughton Avenue Clinic, Moncton <input type="checkbox"/> Shediac Regional Medical Centre <input type="checkbox"/> Grand Falls General Hospital <input type="checkbox"/> Hôtel Dieu Saint-Joseph de Saint-Quentin <input type="checkbox"/> Chaleur Regional Hospital <input type="checkbox"/> Tracadie Hospital		<input type="checkbox"/> Stella-Maris-de-Kent Hospital <input type="checkbox"/> Edmundston Regional Hospital <input type="checkbox"/> Haut-Madawaska Medical Clinic (Clair) <input type="checkbox"/> Campbellton Regional Hospital <input type="checkbox"/> Enfant-Jésus RHSJT Hospital <input type="checkbox"/> Lamèque Hospital and Community Health Centre	
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 cough or worsening chronic cough)		<input type="checkbox"/> Runny nose / nasal congestion	
<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"/> Shortness of breath / difficulty breathing		<input type="checkbox"/> Loss of appetite	
<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	Dr. Tania Arseneault
Title	Occupational Health Physician		
Date	____ - ____ - ____ yyyy mm dd	Time	____:____

Fax this form to Vitalité Health Network's Coordination Centre: 506-544-2250

OR

Click here to submit this form to the Coordination Centre and the Occupational Health Department by email

Also fax this Form to the Occupational Health Department.
Zone 1B: **862-3739**; Zone 4: **739-2371**; Zone 5: **789-5337**; Zone 6: **544-2432**.