

Réseau des praticiens sentinelles de l'influenza du Nouveau-Brunswick (RPSI-NB) RÉQUISITION DE LABORATOIRE

DIRECTIVES POUR LE SITE DU RPSI-NB : Envoyez la réquisition complétée et le spécimen réfrigéré à votre laboratoire le plus tôt possible. Le spécimen et la réquisition doivent être identifiés avec le nom complet et le numéro d'assurance-maladie.

DIRECTIVES POUR LE LABORATOIRE RÉGIONAL : Envoyez la réquisition complétée **et** le spécimen réfrigéré au laboratoire de virologie du Centre hospitalier universitaire Dr. G. L. Dumont (l'adresse est au bas du formulaire). **Ne séparez pas** la réquisition du spécimen.

Hôpital référant:	# de l'échantillon	Nom du Patient:		
Antibiotique reçu	Allergie	Date de naissance:	# dossier	
Site <input type="checkbox"/> Hospitalisé <input type="checkbox"/> Foyer de Soins <input type="checkbox"/> Bureau de médecin <input type="checkbox"/> Urgence <input type="checkbox"/> Soins intensifs <input type="checkbox"/> S. de Santé U de M <input type="checkbox"/> Clinique, spécifiez: _____		a m j		
		# assurance maladie		Sexe
		Adresse		
		Médecin faisant la demande		Autre médecin (CC):
		Date de collecte:	Heure	
		y m d	Complété par	

Test demandé

Veuillez spécifier les analyses demandées: PCR Influenza surveillance

Spécimen

Écouvillon nasopharyngé Écouvillon nasal
 Aspiration nasopharyngé Autre: _____

Informations cliniques et épidémiologiques supplémentaires

Fièvre: Oui: <input type="checkbox"/> Non: <input type="checkbox"/> Inc: <input type="checkbox"/>	Contact avec une personne infectieuse ayant une maladie respiratoire dans les 10 derniers jours: Oui: <input type="checkbox"/> Non: <input type="checkbox"/> Inc: <input type="checkbox"/> Spécifiez: _____
Enceinte: Oui: <input type="checkbox"/> Non: <input type="checkbox"/> Inc: <input type="checkbox"/>	
Reçu Oseltamivir/Zanamivir: Oui: <input type="checkbox"/> Non: <input type="checkbox"/> Inc: <input type="checkbox"/>	Voyage dans les 10 derniers jours: Oui: <input type="checkbox"/> Non: <input type="checkbox"/> Inc: <input type="checkbox"/> Spécifiez: _____
Reçu le vaccin grippal pour la saison en cours: Oui: <input type="checkbox"/> Non: <input type="checkbox"/> Inc: <input type="checkbox"/>	Exposition à de la volaille ou des porcs au cours des 10 derniers jours: Oui: <input type="checkbox"/> Non: <input type="checkbox"/> Inc: <input type="checkbox"/> Spécifiez: _____

A l'usage du laboratoire seulement:

<input type="checkbox"/> Bathurst	<input type="checkbox"/> Grand-Sault	<input type="checkbox"/> St-John
<input type="checkbox"/> Campbelton	<input type="checkbox"/> Georges L.-Dumont	<input type="checkbox"/> St-Quentin
<input type="checkbox"/> Caraquet	<input type="checkbox"/> Lamèque	<input type="checkbox"/> Tracadie
<input type="checkbox"/> Edmundston	<input type="checkbox"/> Miramichi	<input type="checkbox"/> Autre, spécifiez: _____
<input type="checkbox"/> Frédéricton	<input type="checkbox"/> Moncton Hospital	

**** La réquisition originale et le spécimen doivent être envoyés à:**

LABORATOIRE DR ALFRED BASTARACHE, CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE
DR G.L. DUMONT, LABORATOIRE de VIROLOGIE

330 Avenue Université, Moncton, N.-B. Tél.: (506) 862-4140 Téléc.: (506) 862-4827

Date et heure de réception
au laboratoire