

## DÉCLARATION PAR TÉLÉCOPIEUR

**À L'USAGE DU CLINICIEN**

**DÉCLARATION D'UNE  
MALADIE/INFECTION/INTOXICATION À  
DÉCLARATION OBLIGATOIRE (MADO)  
SELON LA LOI SUR LA SANTÉ PUBLIQUE  
(AS-770-FAX)**

|                              |           |                                 |   |
|------------------------------|-----------|---------------------------------|---|
| Nom et prénom du patient     |           |                                 |   |
| N° d'assurance maladie       |           | Date de naissance<br>(an/ms/jr) |   |
| Adresse permanente (N°, rue) |           |                                 |   |
| Ville                        |           |                                 |   |
| Code postal                  | Ind. Rég. | Téléphone                       | Sexe<br>M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> |
| Occupation du patient        |           |                                 |   |

### Identification de la MADO

Nom de la MADO : \_\_\_\_\_ Date du début de la MADO : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (an/ms/jr)

Prélèvement soumis au laboratoire :  Non  Oui Si oui :

Date \_\_\_\_\_ Nom du Laboratoire \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_ Nom du Laboratoire \_\_\_\_\_  
(an/ms/jr) (an/ms/jr)

### Analyse(s) effectuée(s)

### Résultat(s) de laboratoire

### Pour une MADO transmissible par le sang, les produits sanguins, les organes ou les tissus : Voir la NOTE dans la liste des MADO plastifiée

Ce patient a-t-il donné du sang ?  Oui  Non  Ne sais pas

Ce patient a-t-il reçu du sang ou des produits sanguins?  Oui  Non  Ne sais pas

Ce patient a-t-il donné des organes ou des tissus ?  Oui  Non  Ne sais pas

Ce patient a-t-il reçu des organes ou des tissus ?  Oui  Non  Ne sais pas

### Pour une déclaration d'un cas de syphilis

Primaire  Latente (moins de 1 an)  Tertiaire  Autres formes (préciser) \_\_\_\_\_  
 Secondaire  Latente (plus de 1 an)  Congénitale \_\_\_\_\_

► Exposition survenue :  Dans le cadre du travail actuel  En dehors des activités reliées au travail

|  |                              |
|--|------------------------------|
| <b>NOM DU DÉCLARANT</b> (en lettres moulées) <b>N° de permis</b> | <b>Numéro de téléphone :</b> |
| _____  | ( ) _____ ou ( ) _____       |

Date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (an/ms/jr) Signature du déclarant : \_\_\_\_\_

### LORS D'UNE DÉCLARATION MADO :

#### Pendant les heures ouvrables :

Transmettre au service Maladies infectieuses de la DSPublique par télécopieur confidentiel au  
418 389-1560 (téléphone : 418 389-1510)

#### Pour les urgences en dehors des heures ouvrables et pendant les congés fériés :

Contactez Info-Santé : 418 397-4375 (numéro réservé aux professionnels de la santé)

### Note au récipiendaire

L'information contenue dans ce message est de nature privilégiée et confidentielle et est strictement réservée à l'usage de son destinataire. Si vous n'êtes pas ce destinataire, prenez avis, par la présente, que tout usage, divulgation, distribution ou copie de ce message demeurent strictement interdits. De plus, si vous avez reçu cette communication par erreur, veuillez en aviser immédiatement par téléphone l'équipe maladies infectieuses et lui faire parvenir cette feuille par la poste ou par courrier spécial. Merci!