

DÉCLARATION PAR TÉLÉCOPIEUR

À L'USAGE DU LABORATOIRE

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

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

(AS-772-FAX)

Identification de la MADO		
Nom de la MADO :	_____	
Site(s) du prélèvement :	_____	
Type de prélèvement :	_____ Date du prélèvement : ____/____/____ (an/ms/jr)	
Analyse(s) effectuée(s)	Résultat(s) de laboratoire	
Nom du demandeur		
Professionnel qui demande le test : _____		
Numéro de permis : _____		
Nom du laboratoire ou département (en lettres moulées) : _____		
_____ Adresse (N°, rue)	_____ Municipalité	_____ Code postal
Nom de la personne qui signe la déclaration : _____		Numéro de téléphone : _____ () _____

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!