

DÉCLARATION PAR TÉLÉCOPIEUR

À L'USAGE DU MÉDECIN
**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 (an/ms/jr)	
Adresse (N°, rue)			
Ville			
Code postal	Ind. Rég.	Téléphone	Sexe 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 ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sais pas
Ce patient a-t-il reçu du sang ou des produits sanguins?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sais pas
Ce patient a-t-il donné des organes ou des tissus ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sais pas
Ce patient a-t-il reçu des organes ou des tissus ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sais pas

Pour une déclaration d'un cas de syphilis

<input type="checkbox"/> Primaire	<input type="checkbox"/> Latente (moins de 1 an)	<input type="checkbox"/> Tertiaire	<input type="checkbox"/> Autres formes (préciser)
<input type="checkbox"/> Secondaire	<input type="checkbox"/> Latente (plus de 1 an)	<input type="checkbox"/> Congénitale	_____

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

NOM DU MÉDECIN (en lettres moulées)	N° de permis	Numéro de téléphone : () _____ ou () _____
--	---------------------	--

Date : ____/____/____ (an/ms/jr) Signature du déclarant : _____ M.D.

LORS D'UNE DÉCLARATION MADO :

Pendant les heures ouvrables : faire suivre à la DSP par **télécopieur** au **418 389-1560** (dédié confidentiel);

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

Par l'intermédiaire de la centrale **Info-Santé** au **418 397-8070** (dédié confidentiel)

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!