

**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 de famille	
Note	Si vous n'avez pas de médecin de famille, veuillez soumettre le formulaire au nom de Dre Tania Arseaneault		
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