

Numéro de dossier du MS

La collecte des renseignements contenus dans le présent formulaire vise le traitement d'une demande aux termes de la *Loi de 2006 sur le dépistage obligatoire par test sanguin*, demandant ou ordonnant à un(e) intimé(e) de donner un échantillon de sang en vue d'un test de dépistage d'une maladie transmissible désignée. La collecte et l'utilisation de ces renseignements se font aux termes de la *Loi de 2006 sur le dépistage obligatoire par test sanguin*.

**A. À remplir par l'intimé(e)**

**Intimé(e)**

Nom	Prénom	Date de naissance (aaaa/mm/jj)
-----	--------	--------------------------------

**Adresse**

Numéro d'unité	Numéro municipal	Rue	RR
----------------	------------------	-----	----

Ville	Province	Code postal	Téléphone
-------	----------	-------------	-----------

**Médecin de l'intimé(e) (facultatif)**

Nom	Prénom
-----	--------

**Adresse**

Numéro d'unité	Numéro municipal	Rue	RR
----------------	------------------	-----	----

Ville	Province	Code postal
-------	----------	-------------

Téléphone poste	Télécopieur (le cas échéant)
--------------------	------------------------------

**Médecin hygiéniste (de l'endroit où vit l'intimé(e))**

Nom	Prénom
-----	--------

**Adresse**

Numéro d'unité	Numéro municipal	Rue	RR
----------------	------------------	-----	----

Ville	Province	Code postal
-------	----------	-------------

Téléphone poste	Numéro de télécopieur	Date de l'exposition (aaaa/mm/jj)
--------------------	-----------------------	-----------------------------------

**B. À remplir par le médecin qui demande les tests sanguins ou sur ordonnance de la Commission du consentement et de la capacité (CCC)**

Date de l'ordonnance de la CCC (aaaa/mm/jj)	Numéro de dossier de la CCC
---	-----------------------------

**Tests requis (STAT)**

VIH    Ag HBs    Anti-VHC

## Nom du médecin

Nom	Prénom
Title/Affiliation	OMCO #

## Adresse

Numéro d'unité	Numéro municipal	Rue	RR
Ville	Province	Code postal	Téléphone
Signature			Date (aaaa/mm/jj)

## C. À remplir par la personne autorisée à prélever ou à recueillir l'échantillon de sang aux termes de la Loi de 2006 sur le dépistage obligatoire par test sanguin

Date de prélèvement de l'échantillon (aaaa/mm/jj)

### Remplir la liste de contrôle

(Si le « NON » est sélectionné pour l'un des points, le dépistage peut être annulé)

Présentation d'une pièce d'identité avec photo ou de deux autres pièces d'identité comportant le nom et la signature ou la date de naissance, ou vérification de l'identité par une personne qui connaît bien l'intimé(e)

Oui  Non

Contrôle et vérification de l'identité

Oui  Non

Prélèvement de tubes Vacutainer de sang total

Oui  Non

Étiquetage de chaque tube Vacutainer avec le nom de l'intimé(e), sa date de naissance et la date à laquelle l'échantillon a été prélevé

Oui  Non

Apposition d'un identificateur unique sur la demande

Oui  Non

Placement des tubes Vacutainer dans un sac pour éléments présentant un biorisque et scellement des sacs et des tubes présentant un biorisque de manière à en assurer l'inviolabilité

Oui  Non

Expédition conforme à la Loi sur le transport de matières dangereuses

Oui  Non

Votre nom est écrit et la demande est signée et datée

Oui  Non

Conservation d'une copie de la demande d'analyse en laboratoire remplie pour les dossiers

Oui  Non

Fourniture d'une copie de la demande d'analyse en laboratoire remplie à l'intimé(e)

Oui  Non

Médecin hygiéniste au bureau de santé de la région où réside l'intimé(e) informé

Oui  Non

En cas de réponse négative à l'un des points ci-dessus, veuillez fournir des explications

**Personne autorisée à prélever l'échantillon de sang aux termes de la Loi de 2006 sur le dépistage obligatoire par test sanguin et organisation**

Nom	Prénom
-----	--------

Organisation
--------------

Titre/affiliation	Numéro de permis (le cas échéant)
-------------------	-----------------------------------

**Adresse**

Numéro d'unité	Numéro municipal	Rue	RR
----------------	------------------	-----	----

Ville	Province	Code postal	Téléphone
-------	----------	-------------	-----------

Signature	Date (aaaa/mm/jj)
-----------	-------------------

**Envoyer le formulaire rempli et l'échantillon par service de messagerie à un Laboratoire de Santé publique Ontario (SPO) :**

Laboratoire de Santé publique Ontario (SPO) – Hamilton  
P.O. Box 2100, Hamilton, ON L8N 3R5

Laboratoire de Santé publique Ontario (SPO) – Kingston  
P.O. Box 240, Kingston, ON K7L 4V8

Laboratoire de Santé publique Ontario (SPO) – London  
102-1200 - Commissioners Rd. E., London, ON N5Z 4R3

Laboratoire de Santé publique Ontario (SPO) – Orillia  
P.O. Box 600, Orillia, ON L3V OT7

Laboratoire de Santé publique Ontario (SPO) – Ottawa  
2380 St. Laurent Boulevard, Ottawa, ON K1G 6C4

Laboratoire de Santé publique Ontario (SPO) – Peterborough  
P.O. Box 265, Peterborough, ON K9J 6Y8

Laboratoire de Santé publique Ontario (SPO) – Sault Ste. Marie  
160 McDougald St, Sault Ste. Marie, ON P6A 3A8

Laboratoire de Santé publique Ontario (SPO) – Sudbury  
1300 Paris Street, Suite 2, Sudbury, ON P3E 6H3

Laboratoire de Santé publique Ontario (SPO) – Thunder Bay  
336 South Syndicate Avenue, Thunder Bay, ON P7E 1E3

Laboratoire de Santé publique Ontario (SPO) – Timmins  
67 Wilson Avenue, Timmins, ON P4N 2S5

Laboratoire de Santé publique Ontario (SPO) – Toronto  
661 University Avenue, Toronto ON M5G 1M1

**À remplir par le laboratoire de Santé publique Ontario (LSPO)**

Date de réception (aaaa/mm/jj)		Numéro de LSPO	
Les échantillons sont acceptables aux fins de dépistage <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Échantillon testé <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Nom	Prénom		Téléphone
Signature			Date (aaaa/mm/jj)