

99909910

OMNJ11111111-2701 (A)

1 Rue Alpha, Btown, QC A1A1A1

M:819 111-2233 T:819 111-3322 x

Jacques Omnimed_test

1911/11/11 Âge:108 Sexe:M

2020/08/06 11:32:46 AM

Jacques Omnimed_test

1 Rue Alpha App:La Ligne 2

Btown, QC

A1A1A1

Omnimed

160 rue Pope, Cookshire, Québec, J0B 1M0
800 567-4808 Fax. 888 780-6081

ABSENCE TO AN APPOINTMENT

Objet: Jacques Omnimed_test

1 Rue Alpha App. La Ligne 2
Btown, QC
A1A1A1

On August 06 2020

Dear client, we would appreciate a notice in the eventuality that you would be unable to show up for your appointment. You have not done so for your appointment on June 20 2020 with Dr(e)HUBERT-DESCHAMPS MIKAEL. Considering our high demand, the lack of ressources and our desire for our clientele to obtain a rapid service; it is essential to alert us of your absence to be able to re-schedule a new appointment. We ask for a 24hr notice. If you fail to meet that, additional charges could apply. Thank you for your collaboration and Hoping that this information meets your expectations.

Please accept my best regards,

Signature: _____

HUBERT-DESCHAMPS MIKAEL

This document is confidential.

Printed by: GHISLAIN LAFORTUNE

Omnimed

160 rue Pope, Cookshire, Québec, J0B 1M0
800 567-4808 Téléc. 888 780-6081

ABSENCE À UN RENDEZ-VOUS

Objet : Jacques Omnimed_test

1 Rue Alpha App. La Ligne 2
Btown, QC
A1A1A1

Le 06/08/2020

Cher(ère) client(e),

Nous apprécirions que vous nous avertissiez si vous vous trouvez dans l'impossibilité de vous présenter à un rendez-vous. Vous avez omis de le faire pour celui du 20 June 2020 avec Dr(e) HUBERT-DESCHAMPS MIKAEL.

Considérant notre forte demande, le manque de ressources et le désir de notre clientèle d'obtenir un traitement rapidement; il demeure essentiel de nous signifier une absence ultérieure afin d'attribuer de nouveau ce rendez-vous.

Il serait préférable de nous prévenir au moins vingt-quatre (24) heures à l'avance. Si vous négligez de le faire, des frais relatifs à votre consultation pourraient vous être facturés.

Je vous remercie de votre collaboration et vous prie de recevoir, cher(ère) client(e), l'expression de mes salutations les meilleures.

Signature :

HUBERT-DESCHAMPS MIKAEL

Ce document est confidentiel.

Imprimé par : GHISLAIN LAFORTUNE



Patient Name : Jacques Omnimed_test Date : 2020-08-06

The symptoms you presented with today suggest a VIRAL infection.

- Upper Respiratory Tract Infection (Common Cold) : Lasts 7-14 days
- Flu : Lasts 7-14 days
- Acute Pharyngitis ("Sore Throat") : Lasts 3-7 days, up to ≤10 days
- Acute Bronchitis/"Chest Cold" (Cough) : Lasts 7-21 days
- Acute Sinusitis ("Sinus Infection") : Lasts 7-14 days

You have not been prescribed antibiotics because antibiotics are not effective in treating viral infections.
 Antibiotics can cause side effects (e.g. diarrhea, yeast infections) and may cause serious harms such as severe diarrhea, allergic reactions, kidney or liver injury.

When you have a viral infection, it is very important to get plenty of rest and give your body time to fight off the virus.

If you follow these instructions, you should feel better soon :

- »→ Rest as much as possible
- »→ Drink plenty of fluids
- »→ Wash your hands frequently
- »→ Take over-the-counter medication, as advised :

- Acetaminophen (e.g. Tylenol®) for fever and aches
- Ibuprofen (e.g. Advil®) for fever and aches
- Naproxen (e.g. Aleve®) for fever and aches
- Lozenge (cough candy) for sore throat
- Nasal Saline (e.g. Salinex®) for nasal congestion
- Other : _____

(e.g. Nasal decongestant if Salinex® does not work, for short-term use only!)

Please return to your provider if :

- »→ Symptoms do not improve in _____ day(s), or worsen at any time
- »→ You develop persistent fever (above 38°C, or _____ as directed)
- »→ Other : _____

Prescriber _____



This "Viral Prescription Pad" has been adapted from the RQHR Antimicrobial Stewardship Program www.rqhealth.ca/antimicrobialstewardship, and is available in other languages. <http://www.rxfiles.ca/rxfiles/uploads/documents/ABX-Viral-Prescription-Pad-Languages.pdf>

Visit www.RxFiles.ca/ABX for more information.

Rx

Nom du/de la patient(e) : Jacques Omnimed_test Date : 2020-08-06

Vos symptômes sont probablement le résultat d'une infection VIRALE.

- Infection des voies respiratoires supérieures (rhume) : dure de 7 à 14 jours
- Grippe : dure de 7 à 14 jours
- Pharyngite aiguë (« mal de gorge ») : dure de 3 à 7 jours, ou parfois jusqu'à 10 jours
- Bronchite aiguë/« rhume de poitrine » (toux) : dure de 7 à 21 jours
- Sinusite aiguë (« infection des sinus ») : dure de 7 à 14 jours

Vous n'avez pas reçu une ordonnance pour un antibiotique parce que les antibiotiques ne sont pas efficaces pour le traitement des infections virales. Les antibiotiques peuvent causer des effets secondaires (p. ex. la diarrhée et les infections à levures [mycoses]) et peuvent occasionner des complications graves comme diarrhée sévère, des réactions allergiques ou des dommages aux reins et au foie.

Si vous souffrez d'une infection virale, le corps a besoin de beaucoup de repos pour combattre l'infection.

En suivant ces conseils, vous devriez vous sentir mieux bientôt :

- »→ Reposez-vous autant que possible
- »→ Buvez beaucoup de liquides
- »→ Lavez-vous souvent les mains
- »→ Prenez des médicaments en vente libre, comme recommandé :

- Acétaminophène (p. ex. : Tylenol®) pour la fièvre et la douleur
- Ibuprofène (p. ex. : Advil®/Motrin®) pour la fièvre et la douleur
- Naproxène (p. ex. : Aleve®) pour la fièvre et la douleur
- Pastilles pour le mal de gorge et la toux
- Solution saline (p. ex., Salinex®) pour la congestion nasale
- Autres : _____

(P. ex., décongestionnant nasal si Salinex® ne fonctionne pas, pour une utilisation à court terme seulement!)

Retournez chez le médecin si :

- »→ Vos symptômes ne s'améliorent pas en ____ jour(s), ou s'ils empirent
- »→ Vous avez une fièvre persistante (de plus de 38°C, ou _____ comme indiqué)
- »→ Autres : _____

Prescripteur _____



Cette ordonnance est adaptée avec la permission du programme de gestion de l'utilisation des antimicrobiens de RQHR

www.rqhealth.ca/antimicrobialstewardship, et est disponible dans d'autres langues.

<http://www.rxfiles.ca/rxfiles/uploads/documents/ABX-Viral-Prescription-Pad-Languages.pdf>

Visitez www.RxFiles.ca/ABX pour plus de renseignements.



Disability Tax Credit Certificate

Use this form to apply for the disability tax credit (DTC). The CRA will use this information to make a decision on eligibility for the DTC. See the "General information" on page 6 for more information.

Step 1 – Fill out and sign the sections of Part A that apply to you.

Step 2 – Ask a medical practitioner to fill out and certify Part B.

Step 3 – Send the form to the Canada Revenue Agency (CRA).

Part A – To be filled out by the taxpayer

Section 1 – Information about the person with the disability

First name and initial Jacques	Last name Omnimed test	Social insurance number				
Mailing address (Apt No – Street No Street name, PO Box, RR) 1 Rue Alpha La Ligne 2						
City Btown	Province or territory QC	Postal code A1A1A1	Date of birth:	Year 1 9 1 1	Month 1 1	Day 1 1

Section 2 – Information about the person claiming the disability amount (if different from above)

First name and initial	Last name	Social insurance number
------------------------	-----------	-------------------------

The person with the disability is: my spouse/common-law partner my dependant (specify): _____

Answer the following questions for **all** of the years that you are claiming the disability amount for the person with the disability.

1. Does the person with the disability live with you? Yes No

If **yes**, for which year(s)? _____

2. If you answered **no** to Question 1, does the person with the disability regularly and consistently depend on you for one or more of the basic necessities of life such as food, shelter, or clothing? Yes No

If **yes**, for which year(s)? _____

Give details about the **regular** and **consistent** support you provide for food, shelter or clothing to the person with the disability (if you need more space, attach a separate sheet of paper). We may ask you to provide receipts or other documents to support your request.

Section 3 – Adjust your income tax and benefit return

Once eligibility is approved, the CRA can adjust your returns for all applicable years to include the disability amount for **yourself** or your **dependant under the age of 18**. For more information, see Guide RC4064, *Disability-Related Information*.

Yes, I want the CRA to adjust my returns, if possible. No, I do not want an adjustment.

Section 4 – Authorization

As the **person with the disability** or their **legal representative**, I authorize the following actions:

- Medical practitioner(s) can give information to the CRA from their medical records or discuss the information on this form.
- The CRA can adjust my returns, as applicable, if the "Yes" box has been ticked in section 3.

Sign here: _____	Telephone 819 111-2233	Year 2 0 2 0	Month 0 8	Day 0 6
------------------	---------------------------	-----------------	--------------	------------

Personal information is collected under the *Income Tax Act* to administer tax, benefits, and related programs. It may also be used for any purpose related to the administration or enforcement of the Act such as audit, compliance and the payment of debts owed to the Crown. It may be shared or verified with other federal, provincial/territorial government institutions to the extent authorized by law. Failure to provide this information may result in interest payable, penalties or other actions. Under the *Privacy Act*, individuals have the right to access their personal information and request correction if there are errors or omissions. Refer to Info Source at cra.gc.ca/gncy/tp/nfsrc/nfsrc-eng.html, Personal Information Bank CRA PPU 218.

Patient's name: Omnimed test, Jacques

Part B – Must be filled out by the medical practitioner

Step 1 – Fill out **only** the section(s) on pages 2 to 4 that apply to your patient. Each category states which medical practitioner(s) can certify the information in this part.

Note

Whether filling out this form for a child or an adult, assess your patient compared to someone of similar age with no impairment.

Step 2 – Fill out the "Effects of impairment", "Duration", and "Certification" sections on page 5. If more information is needed, the Canada Revenue Agency (CRA) may contact you.

Eligibility for the DTC is based on the effects of the impairment, not on the medical condition itself. For definitions and examples of impairments that may qualify for the DTC, see Guide RC4064, *Disability-Related Information*. For more information, go to cra.gc.ca/dtcmedicalpractitioners.

Vision – Medical doctor, nurse practitioner (under proposed changes), or optometrist

Your patient is considered **blind** if, even with the use of corrective lenses or medication:

- the visual acuity in **both** eyes is 20/200 (6/60) or less, with the Snellen Chart (or an equivalent); or
- the greatest diameter of the field of vision in **both** eyes is 20 degrees or less.

1. Is your patient **blind**, as described above?

Yes No

If **yes**, when did your patient become blind (this is not necessarily the year of the diagnosis, as is often the case with progressive diseases)?

Year

--	--	--	--	--

2. What is your patient's visual acuity **after correction**?

Right eye Left eye

Right eye Left eye

3. What is your patient's visual field **after correction** (in degrees if possible)?

Right eye Left eye

Speaking – Medical doctor, nurse practitioner (under proposed changes), or speech-language pathologist

Your patient is considered **markedly restricted** in speaking if, even with appropriate therapy, medication, and devices:

- he or she is **unable** or takes an **inordinate amount of time** to speak so as to be understood by another person familiar with the patient, in a quiet setting; and
- this is the case **all or substantially all of the time** (at least 90% of the time).

Is your patient **markedly restricted** in speaking, as described above?

Yes No

If **yes**, when did your patient's restriction in speaking become a marked restriction (this is not necessarily the year of the diagnosis, as is often the case with progressive diseases)?

Year

--	--	--	--	--

Hearing – Medical doctor, nurse practitioner (under proposed changes), or audiologist

Your patient is considered **markedly restricted** in hearing if, even with appropriate devices:

- he or she is **unable** or takes an **inordinate amount of time** to hear so as to understand another person familiar with the patient, in a quiet setting; and
- this is the case **all or substantially all of the time** (at least 90% of the time).

Is your patient **markedly restricted** in hearing, as described above?

Yes No

If **yes**, when did your patient's restriction in hearing become a marked restriction (this is not necessarily the year of the diagnosis, as is often the case with progressive diseases)?

Year

--	--	--	--	--

Walking – Medical doctor, nurse practitioner (under proposed changes), occupational therapist, or physiotherapist

Your patient is considered **markedly restricted** in walking if, even with appropriate therapy, medication, and devices:

- he or she is **unable** or takes an **inordinate amount of time** to walk; and
- this is the case **all or substantially all of the time** (at least 90% of the time).

Is your patient **markedly restricted** in walking, as described above?

Yes No

If **yes**, when did your patient's restriction in walking become a marked restriction (this is not necessarily the year of the diagnosis, as is often the case with progressive diseases)?

Year

--	--	--	--	--

Patient's name: Omnimed_test, Jacques

Eliminating (bowel or bladder functions) – Medical doctor or nurse practitioner (under proposed changes)

Your patient is considered **markedly restricted** in eliminating if, even with appropriate therapy, medication, and devices:

- he or she is **unable** or takes an **inordinate amount of time** to personally manage bowel or bladder functions; and
- this is the case **all or substantially all of the time** (at least 90% of the time).

Is your patient **markedly restricted** in eliminating, as described above? Yes No

If **yes**, when did your patient's restriction in eliminating become a marked restriction (this is not necessarily the year of the diagnosis, as is often the case with progressive diseases)?

Year

--	--	--	--	--

Feeding – Medical doctor, nurse practitioner (under proposed changes), or occupational therapist

Your patient is considered **markedly restricted** in feeding if, even with appropriate therapy, medication, and devices:

- he or she is **unable** or takes an **inordinate amount of time** to feed himself or herself; and
- this is the case **all or substantially all of the time** (at least 90% of the time).

Feeding yourself **does not** include identifying, finding, shopping for, or obtaining food.

Feeding yourself **does** include preparing food, **except** when the time spent is related to a dietary restriction or regime, even when the restriction or regime is needed due to an illness or medical condition.

Is your patient **markedly restricted** in feeding, as described above? Yes No

If **yes**, when did your patient's restriction in feeding become a marked restriction (this is not necessarily the year of the diagnosis, as is often the case with progressive diseases)?

Year

--	--	--	--	--

Dressing – Medical doctor, nurse practitioner (under proposed changes), or occupational therapist

Your patient is considered **markedly restricted** in dressing if, even with appropriate therapy, medication, and devices:

- he or she is **unable** or takes an **inordinate amount of time** to dress himself or herself; and
- this is the case **all or substantially all of the time** (at least 90% of the time).

Dressing yourself **does not** include identifying, finding, shopping for, or obtaining clothing.

Is your patient **markedly restricted** in dressing, as described above? Yes No

If **yes**, when did your patient's restriction in dressing become a marked restriction (this is not necessarily the year of the diagnosis, as is often the case with progressive diseases)?

Year

--	--	--	--	--

Mental functions necessary for everyday life – Medical doctor, nurse practitioner (under proposed changes), or psychologist

Your patient is considered **markedly restricted** in performing the mental functions necessary for everyday life (described below) if, even with appropriate therapy, medication, and devices (for example, memory aids and adaptive aids):

- he or she is **unable** or takes an **inordinate amount of time** to perform these functions by himself or herself; and
- this is the case **all or substantially all of the time** (at least 90% of the time).

Mental functions necessary for everyday life include:

- adaptive functioning (for example, abilities related to self-care, health and safety, abilities to initiate and respond to social interactions, and common, simple transactions);
- memory (for example, the ability to remember simple instructions, basic personal information such as name and address, or material of importance and interest); and
- problem-solving, goal-setting, **and** judgment taken together (for example, the ability to solve problems, set and keep goals, and make the appropriate decisions and judgments).

Note

A restriction in problem-solving, goal-setting, or judgment that markedly restricts adaptive functioning, all or substantially all of the time (at least 90% of the time), would qualify.

Is your patient **markedly restricted** in performing the mental functions necessary for everyday life, as described above? Yes No

If **yes**, when did your patient's restriction in performing the mental functions necessary for everyday life become a marked restriction (this is not necessarily the year of the diagnosis, as is often the case with progressive diseases)?

Year

--	--	--	--	--

Patient's name: Omnimed_test, Jacques

Life-sustaining therapy – Medical doctor or nurse practitioner (under proposed changes)

Life-sustaining therapy for your patient must meet **both** of the following criteria:

- your patient needs this therapy to support a vital function, even if this therapy has eased the symptoms; and
- your patient needs this therapy at least 3 times per week, for an average of at least 14 hours per week.

The 14-hour per week requirement

Include only the time your patient must dedicate to the therapy – that is, the patient has to take time away from normal, everyday activities to receive it.

If a child cannot do the activities related to the therapy because of his or her age, **include** the time spent by the child's primary caregivers to do and supervise these activities.

Do not include the time a portable or implanted device takes to deliver the therapy, the time spent on activities related to dietary restrictions or regimes (such as carbohydrate calculation) or exercising (even when these activities are a factor in determining the daily dosage of medication), travel time to receive therapy, medical appointments (other than appointments where the therapy is received), shopping for medication, or recuperation after therapy.

1. Does your patient need this therapy **to support a vital function**? Yes No
2. Does your patient need this therapy at least **3 times per week**? Yes No
3. Does this therapy take an average of at least **14 hours per week**? Yes No

If **yes**, when did your patient's therapy begin to meet the above criteria (this is not necessarily the year of the diagnosis, as is often the case with progressive diseases)?

Year
|_|_|_|_|

It is **mandatory** that you describe how the therapy meets the criteria as stated above. If you need more space, use a separate sheet of paper, sign it and attach it to this form.

Cumulative effect of significant restrictions – Medical doctor, nurse practitioner (under proposed changes), or occupational therapist

Note: An occupational therapist can only certify limitations for walking, feeding and dressing.

Answer **all** the following questions to certify the cumulative effect of your patient's significant restrictions.

1. Even with appropriate therapy, medication, and devices, does your patient have a **significant restriction**, that is not quite a **marked restriction**, in **two** or more basic activities of daily living or in **vision** and **one** or more of the basic activities of daily living? Yes No

If **yes**, tick at least **two** of the following, as they apply to your patient.

- vision speaking hearing walking
 eliminating (bowel or bladder functions) feeding dressing mental functions necessary for everyday life

Note
You **cannot** include the time spent on life-sustaining therapy.

2. Do these restrictions exist together, **all or substantially all of the time** (at least 90% of the time)? Yes No
3. Is the cumulative effect of these significant restrictions equivalent to being **markedly restricted** in **one** basic activity of daily living? Yes No
4. When did the cumulative effect described above begin (this is not necessarily the year of the diagnosis, as is often the case with progressive diseases)?

Year
|_|_|_|_|

Patient's name: Omnimed test, Jacques

Effects of impairment – Mandatory

The effects of your patient's impairment must be those which, even with therapy and the use of appropriate devices and medication, cause your patient to be restricted **all or substantially all of the time** (at least 90% of the time).

Note
Working, housekeeping, managing a bank account, and social or recreational activities are **not** considered basic activities of daily living. Basic activities of daily living are limited to walking, speaking, hearing, dressing, feeding, eliminating (bowel or bladder functions), and mental functions necessary for everyday life.

It is **mandatory** that you describe the effects of your patient's impairment on his or her ability to do **each** of the basic activities of daily living that you indicated are or were markedly or significantly restricted. If you need more space, use a separate sheet of paper, sign it and attach it to this form. You may include copies of medical reports, diagnostic tests, and any other medical information, if needed.

[Empty space for describing the effects of impairment]

Duration – Mandatory

Has your patient's impairment lasted, or is it expected to last, for a continuous period of at least 12 months? For deceased patients, was the impairment expected to last for a continuous period of at least 12 months? Yes No

If **yes**, has the impairment improved, or is it likely to improve, to such an extent that the patient would no longer be blind, markedly restricted, in need of life-sustaining therapy, or have the equivalent of a marked restriction due to the cumulative effect of significant restrictions? Unsure Yes No

If **yes**, enter the year that the improvement occurred or may be expected to occur. Year [] [] [] [] []

Certification – Mandatory

1. For which year(s) have you been the attending medical practitioner for your patient? _____
2. Do you have medical information on file supporting the restriction(s) for all the year(s) you certified on this form? Yes No

Tick the box that applies to you:

- Medical doctor Nurse practitioner Optometrist Occupational therapist
- Audiologist Physiotherapist Psychologist Speech-language pathologist

As a **medical practitioner**, I certify that the information given in Part B of this form is correct and complete. I understand that this information will be used by the CRA to make a decision if my patient is eligible for the DTC.

Sign here:

Licence #: 4502324 It is a serious offence to make a false statement.
Name (print) Hubert-Deschamps Mikael
Date: Year 2 0 2 Month 0 0 Day 8 0 Telephone 800 567-4808

Address
160 rue Pope Cookshire J0B 1M0

General information

What is the DTC?

The disability tax credit (DTC) is a non-refundable tax credit that helps persons with disabilities or their supporting persons reduce the amount of income tax they may have to pay. The disability amount may be claimed once the person with a disability is eligible for the DTC. This amount includes a supplement for persons under 18 years of age at the end of the year. Being eligible for this credit may open the door to other programs.

For more information, go to cra.gc.ca/dtc or see Guide RC4064, *Disability-Related Information*.

Are you eligible?

You are eligible for the DTC only if we approve your application. On this form, a medical practitioner has to indicate and certify that you have a severe and prolonged impairment and must describe its effects.

To find out if you **may be eligible** for the DTC, fill out the self-assessment questionnaire in Guide RC4064, *Disability-Related Information*. If we have already told you that you are eligible, do not send another form unless the previous period of approval has ended or if we tell you that we need one. **You should tell us if your medical condition improves.**

If you receive Canada Pension Plan or Quebec Pension Plan disability benefits, workers' compensation benefits, or other types of disability or insurance benefits, it **does not** necessarily mean you are eligible for the DTC. These programs have other purposes and different criteria, such as an individual's inability to work.

You can send the form at any time during the year. By sending your form before you file your income tax and benefit return, you may prevent a delay in your assessment. We will review your form before we assess your return. Keep a copy for your records.

Fees – You are responsible for any fees that the medical practitioner charges to fill out this form or to give us more information. However, you may be able to claim these fees as medical expenses on line 330 or line 331 of your income tax and benefit return.

What happens after you send Form T2201?

After we receive Form T2201, we will review your application. We will then send you a notice of determination to inform you of our decision. Our decision is based on the information given by the medical practitioner. If your application is denied, we will explain why on the notice of determination. For more information, see Guide RC4064, *Disability-Related Information*, or go to cra.gc.ca/dtc.

Where do you send this form?

Send your form to the Disability Tax Credit Unit of your tax centre. Use the chart below to get the address.

If your tax services office is located in:	Send your correspondence to the following address:
Alberta, British Columbia, London, Manitoba, Northwest Territories, Regina, Saskatoon, Thunder Bay, Windsor, or Yukon	Winnipeg Tax Centre 66 Stapon Road Winnipeg MB R3C 3M2
Barrie, Kingston, New Brunswick, Newfoundland and Labrador, Nova Scotia, Peterborough, St. Catharines, Sudbury (the area of Sudbury/Nickel Belt only), Toronto Centre, Toronto East, Toronto North, or Toronto West	Sudbury Tax Centre P.O. Box 20000, Station A Sudbury ON P3A 5C1
Laval, Montréal, Nunavut, Ottawa, Rouyn-Noranda, Sherbrooke, or Sudbury (other than the Sudbury/Nickel Belt area)	Shawinigan-Sud Tax Centre 4695 Shawinigan-Sud Blvd Shawinigan QC G9P 5H9
Chicoutimi, Montérégie-Rive-Sud, Outaouais, Québec, Rimouski, or Trois-Rivières	Jonquière Tax Centre 2251 René-Lévesque Blvd Jonquière QC G7S 5J2
Belleville, Hamilton, Kitchener/Waterloo, or Prince Edward Island	Prince Edward Island Tax Centre 275 Pope Road Summerside PE C1N 6A2
International and Ottawa Tax Services Office (deemed residents, non-residents, and new or returning residents of Canada)	International and Ottawa Tax Services Office P.O. Box 9769, Station T Ottawa ON K1G 3Y4 CANADA

What if you need help?

If you need more information after reading this form, go to cra.gc.ca/dtc or call 1-800-959-8281.

Forms and publications

To get our forms and publications, go to cra.gc.ca/forms or call 1-800-959-8281.



Certificat pour le crédit d'impôt pour personnes handicapées

Utilisez ce formulaire pour demander le crédit d'impôt pour personnes handicapées (CIPH). L'ARC utilisera ces renseignements pour prendre une décision sur l'admissibilité au CIPH. Allez à « Renseignements généraux » à la page 6 pour en savoir plus.

Étape 1 – Remplissez et signez les sections de la partie A qui s'appliquent à vous.

Étape 2 – Demandez à un professionnel de la santé de remplir et d'attester la partie B.

Étape 3 – Envoyez le formulaire à l'Agence du revenu du Canada (ARC).

Partie A – À remplir par le contribuable

Section 1 – Renseignements sur la personne handicapée

Prénom et initiale Jacques	Nom de famille Omnimed_test	Numéro d'assurance sociale				
Adresse postale (App – n° et rue, CP, RR) 1 Rue Alpha La Ligne 2						
Ville Btown	Province ou territoire QC	Code postal A1A1A1	Date de naissance :	Année 1 9 1 1	Mois 1 1	Jour 1 1

Section 2 – Renseignements sur la personne qui demande le montant pour personnes handicapées (si différente de celle ci-dessus)

Prénom et initiale	Nom de famille	Numéro d'assurance sociale			
--------------------	----------------	----------------------------	--	--	--

La personne handicapée est : mon époux/conjoint de fait la personne à ma charge (précisez) : _____

Répondez aux questions suivantes pour **toutes** les années où vous demandez le montant pour personnes handicapées pour cette personne.

1. La personne handicapée demeure-t-elle avec vous? Oui Non

Si **oui**, pour quelle(s) année(s)? _____

2. Si vous avez répondu **non** à la question 1, la personne handicapée dépend-elle de vous pour au moins un des besoins fondamentaux de façon régulière et constante (tels que la nourriture, le logement ou l'habillement)? Oui Non

Si **oui**, pour quelle(s) année(s)? _____

Donnez des précisions au sujet du soutien **régulier** et **constant** que vous fournissez à la personne handicapée concernant la nourriture, le logement et l'habillement (si vous avez besoin de plus d'espace, joignez une feuille séparée). Nous pourrions vous demander de nous fournir des reçus ou d'autres documents à l'appui afin de soutenir votre demande.

Section 3 – Modifier votre déclaration de revenus et de prestations

Lorsque l'admissibilité est approuvée, l'ARC peut modifier vos déclarations pour toutes les années applicables afin d'inclure le montant pour personnes handicapées pour **vous-même** ou la **personne à votre charge de moins de 18 ans**. Pour en savoir plus, consultez le guide RC4064, *Renseignements relatifs aux personnes handicapées*.

Oui, je veux que l'ARC modifie ma ou mes déclarations, si possible. Non, je ne veux pas de modification.

Section 4 – Autorisation

En tant que **personne handicapée** ou son **représentant légal**, j'autorise les actions suivantes :

- Le ou les professionnel(s) de la santé peuvent fournir les renseignements de leur dossiers médicaux à l'ARC ou discuter des renseignements de ce formulaire.
- L'ARC peut modifier mes déclarations, selon le cas, si la case « Oui » a été cochée à la section 3.

Signez ici : _____	Téléphone 819 111-2233	Année 2 0 2 0	Mois 0 8	Jour 0 6
--------------------	---------------------------	------------------	-------------	-------------

Les renseignements personnels sont recueillis selon la *Loi de l'impôt sur le revenu* afin d'administrer les programmes fiscaux, de prestations et autres. Ils peuvent également être utilisés pour toute fin liée à l'application ou à l'exécution de la *Loi* telle que la vérification, l'observation et le recouvrement des sommes dues à l'État. Les renseignements peuvent être transmis à une autre institution gouvernementale fédérale, provinciale ou territoriale, ou vérifiés auprès de celles-ci, dans la mesure où la loi l'autorise. Cependant, le défaut de fournir ces renseignements pourrait entraîner des intérêts à payer, des pénalités ou d'autres mesures. Les particuliers ont le droit, selon la *Loi sur la protection des renseignements personnels*, d'accéder à leurs renseignements personnels et de demander une modification, s'il y a des erreurs ou omissions. Consultez Info Source en allant à arc.gc.ca/gncy/tp/nfsrc/nfsrc-fra.html et le Fichier de renseignements personnels ARC PPU 218.

Nom du patient : Omnimed_test, Jacques

Partie B – À remplir par le professionnel de la santé

Étape 1 – Remplissez **seulement** la ou les sections des pages 2 à 4 qui s'appliquent à votre patient. Chaque catégorie indique quels professionnels de la santé peuvent attester les renseignements contenus dans cette partie.

Remarque

Que vous remplissiez ce formulaire pour un enfant ou un adulte, évaluez votre patient par rapport à une personne du même âge qui n'a pas de déficience.

Étape 2 – Remplissez les sections « **Effets de la déficience** », « **Durée** » et « **Attestation** » à la page 5. Si d'autres renseignements sont requis, l'Agence du revenu du Canada (ARC) pourrait communiquer avec vous.

L'admissibilité au CIPH est basée sur les effets de la déficience et non sur la condition médicale. Pour lire les définitions et obtenir des exemples de déficiences qui pourraient être admissibles au CIPH, consultez le guide RC4064, *Renseignements relatifs aux personnes handicapées*. Pour en savoir plus, allez à arc.gc.ca/professionnelssanteciph.

Voir – Médecin, infirmier praticien (selon les modifications proposées) ou optométriste

Votre patient est considéré **aveugle** si, même avec des lentilles correctrices et des médicaments, selon le cas :

- l'acuité visuelle de ses **deux** yeux est de 20/200 (6/60) ou moins sur la carte Snellen (ou l'équivalent);
- le plus grand diamètre du champ de vision de ses **deux** yeux est de 20 degrés ou moins.

1. Votre patient est-il **aveugle**, tel que décrit ci-dessus? Oui Non

Si **oui**, en quelle année votre patient est-il devenu aveugle (il ne s'agit pas nécessairement de la même année où le diagnostic a été posé, comme dans le cas des maladies progressives)?

Année
|_|_|_|_|

œil droit œil gauche

2. Quelle est l'acuité visuelle de votre patient **après correction**?

œil droit œil gauche

3. Quel est le champ de vision de votre patient **après correction** (en degrés si possible)?

_____ _____

Parler – Médecin, infirmier praticien (selon les modifications proposées) ou orthophoniste

Votre patient est considéré comme étant **limité de façon marquée** dans sa capacité de parler si, même à l'aide de soins thérapeutiques, d'appareils et de médicaments appropriés, il répond aux deux critères suivants :

- il est **incapable** ou il prend un **temps excessif** pour parler de façon à se faire comprendre par une personne de sa connaissance, dans un endroit calme;
- c'est le cas **toujours ou presque toujours** (au moins 90 % du temps).

Votre patient est-il **limité de façon marquée** dans sa capacité de parler, tel que décrit ci-dessus? Oui Non

Si **oui**, en quelle année votre patient est-il devenu limité de façon marquée dans sa capacité de parler (il ne s'agit pas nécessairement de la même année où le diagnostic a été posé, comme dans le cas des maladies progressives)?

Année
|_|_|_|_|

Entendre – Médecin, infirmier praticien (selon les modifications proposées) ou audiologiste

Votre patient est considéré comme étant **limité de façon marquée** dans sa capacité d'entendre si, même avec des appareils appropriés, il répond aux deux critères suivants :

- il est **incapable** ou il prend un **temps excessif** pour entendre de façon à comprendre une personne de sa connaissance, dans un endroit calme;
- c'est le cas **toujours ou presque toujours** (au moins 90 % du temps).

Votre patient est-il **limité de façon marquée** dans sa capacité d'entendre, tel que décrit ci-dessus? Oui Non

Si **oui**, en quelle année votre patient est-il devenu limité de façon marquée dans sa capacité d'entendre (il ne s'agit pas nécessairement de la même année où le diagnostic a été posé, comme dans le cas des maladies progressives)?

Année
|_|_|_|_|

Marcher – Médecin, infirmier praticien (selon les modifications proposées), ergothérapeute ou physiothérapeute

Votre patient est considéré comme étant **limité de façon marquée** dans sa capacité de marcher si, même à l'aide de soins thérapeutiques, d'appareils et de médicaments appropriés, il répond aux deux critères suivants :

- il est **incapable** ou il prend un **temps excessif** pour marcher;
- c'est le cas **toujours ou presque toujours** (au moins 90 % du temps).

Votre patient est-il **limité de façon marquée** dans sa capacité de marcher, tel que décrit ci-dessus? Oui Non

Si **oui**, en quelle année votre patient est-il devenu limité de façon marquée dans sa capacité de marcher (il ne s'agit pas nécessairement de la même année où le diagnostic a été posé, comme dans le cas des maladies progressives)?

Année
|_|_|_|_|

Nom du patient : Omnimed_test, Jacques

Évacuer (fonctions intestinales ou vésicales) – Médecin ou infirmier praticien (selon les modifications proposées)

Votre patient est considéré comme étant **limité de façon marquée** dans sa capacité d'évacuer si, même à l'aide de soins thérapeutiques, d'appareils et de médicaments appropriés, il répond aux deux critères suivants :

- il est **incapable** ou il prend un **temps excessif** pour s'occuper lui-même de ses fonctions intestinales ou vésicales;
- c'est le cas **toujours ou presque toujours** (au moins 90 % du temps).

Votre patient est-il **limité de façon marquée** dans sa capacité d'évacuer, tel que décrit ci-dessus?

Oui Non

Si **oui**, en quelle année votre patient est-il devenu limité de façon marquée dans sa capacité d'évacuer (il ne s'agit pas nécessairement de la même année où le diagnostic a été posé, comme dans le cas des maladies progressives)?

Année
|_|_|_|_|_|

Se nourrir – Médecin, infirmier praticien (selon les modifications proposées) ou ergothérapeute

Votre patient est considéré comme étant **limité de façon marquée** dans sa capacité de se nourrir si, même à l'aide de soins thérapeutiques, d'appareils et de médicaments appropriés, il répond aux deux critères suivants :

- il est **incapable** ou il prend un **temps excessif** pour se nourrir lui-même;
- c'est le cas **toujours ou presque toujours** (au moins 90 % du temps).

Se nourrir **n'inclut pas** d'identifier, de chercher, d'acheter ou de se procurer de la nourriture.

Se nourrir **inclut** la préparation de la nourriture, **sauf** lorsqu'elle est liée à des restrictions alimentaires ou à une diète, même lorsque ces restrictions alimentaires ou cette diète sont dues à une maladie ou à une condition médicale.

Votre patient est-il **limité de façon marquée** dans sa capacité de se nourrir, tel que décrit ci-dessus?

Oui Non

Si **oui**, en quelle année votre patient est-il devenu limité de façon marquée dans sa capacité de se nourrir (il ne s'agit pas nécessairement de la même année où le diagnostic a été posé, comme dans le cas des maladies progressives)?

Année
|_|_|_|_|_|

S'habiller – Médecin, infirmier praticien (selon les modifications proposées) ou ergothérapeute

Votre patient est considéré comme étant **limité de façon marquée** dans sa capacité de s'habiller si, même à l'aide de soins thérapeutiques, d'appareils et de médicaments appropriés, il répond aux deux critères suivants :

- il est **incapable** ou il prend un **temps excessif** pour s'habiller lui-même;
- c'est le cas **toujours ou presque toujours** (au moins 90 % du temps).

S'habiller **n'inclut pas** d'identifier, de chercher, d'acheter ou de se procurer des vêtements.

Votre patient est-il **limité de façon marquée** dans sa capacité de s'habiller, tel que décrit ci-dessus?

Oui Non

Si **oui**, en quelle année votre patient est-il devenu limité de façon marquée dans sa capacité de s'habiller (il ne s'agit pas nécessairement de la même année où le diagnostic a été posé, comme dans le cas des maladies progressives)?

Année
|_|_|_|_|_|

Fonctions mentales nécessaires aux activités de la vie courante – Médecin, infirmier praticien (selon les modifications proposées) ou psychologue

Votre patient est considéré comme étant **limité de façon marquée** dans sa capacité d'effectuer les fonctions mentales nécessaires aux activités de la vie courante (décrites ci-dessous) si, même à l'aide de soins thérapeutiques, d'appareils (par exemple, les aide-mémoire et les aides à l'adaptation) et de médicaments appropriés, il répond aux deux critères suivants :

- il est **incapable** ou il prend un **temps excessif** pour effectuer lui-même ces fonctions;
- c'est le cas **toujours ou presque toujours** (au moins 90 % du temps).

Les fonctions mentales nécessaires aux activités de la vie courante comprennent :

- l'apprentissage fonctionnel à l'autonomie (par exemple, les fonctions qui touchent les soins personnels, la santé et la sécurité, les aptitudes à initier et répondre aux interactions sociales et les transactions simples et ordinaires);
- la mémoire (par exemple, la capacité de se souvenir d'instructions simples, de renseignements personnels, tels que son nom et son adresse, ou de sujets d'importance ou d'intérêt);
- la résolution de problèmes, l'atteinte d'objectifs **et** le jugement, pris dans leur ensemble (par exemple, la capacité de résoudre des problèmes, d'établir et d'atteindre des objectifs, de prendre des décisions et de porter des jugements appropriés).

Remarque

Une limitation concernant la résolution de problèmes, l'atteinte d'objectifs ou le jugement qui limite de façon marquée l'apprentissage fonctionnel à l'autonomie, toujours ou presque toujours (au moins 90 % du temps), serait admissible.

Votre patient est-il **limité de façon marquée** dans sa capacité d'effectuer les fonctions mentales nécessaires aux activités de la vie courante, tel que décrit ci-dessus?

Oui Non

Si **oui**, en quelle année votre patient est-il devenu limité de façon marquée dans sa capacité d'effectuer les fonctions mentales nécessaires aux activités de la vie courante (il ne s'agit pas nécessairement de la même année où le diagnostic a été posé, comme dans le cas des maladies progressives)?

Année
|_|_|_|_|_|

Nom du patient : Omnimed_test, Jacques

Soins thérapeutiques essentiels – Médecin ou infirmier praticien (selon les modifications proposées)

Les soins thérapeutiques essentiels pour votre patient doivent répondre aux **deux** critères suivants :

- votre patient a besoin de ces soins thérapeutiques essentiels pour maintenir une fonction vitale, même si ces soins soulagent ses symptômes;
- votre patient a besoin de ces soins thérapeutiques au moins 3 fois par semaine, pour une moyenne d'au moins 14 heures par semaine.

Le critère des 14 heures par semaine

Incluez seulement le temps que votre patient doit consacrer à la thérapie, c'est-à-dire qu'il doit interrompre ses activités normales et quotidiennes afin de la suivre.

Si un enfant ne peut pas faire les activités liées à la thérapie en raison de son âge, **incluez** le temps consacré par les principaux responsables des soins de l'enfant à faire et à surveiller ces activités.

N'incluez pas le temps que prend un appareil portatif ou implanté pour administrer les soins thérapeutiques, le temps consacré à des activités liées à l'observation d'une diète ou au respect de certaines restrictions alimentaires (comme le calcul des glucides) ou l'exercice physique (même lorsque ces activités sont des facteurs dans le calcul de la dose quotidienne de médicaments), le temps de déplacement, les rendez-vous médicaux (autres que les rendez-vous lors desquels votre patient suit la thérapie), le temps passé à l'achat de médicament ou le temps de récupération après les soins thérapeutiques.

1. Votre patient a-t-il besoin de ces soins thérapeutiques **pour maintenir une fonction vitale**? Oui Non
2. Votre patient a-t-il besoin de ces soins thérapeutiques au moins **3 fois par semaine**? Oui Non
3. Votre patient a-t-il besoin de ces soins thérapeutiques au moins **14 heures par semaine**? Oui Non

Si **oui**, en quelle année les soins thérapeutiques de votre patient ont-ils commencé à remplir ces critères (il ne s'agit pas nécessairement de la même année où le diagnostic a été posé, comme dans le cas des maladies progressives)?

Année

Il est **obligatoire** que vous décriviez en quoi les soins thérapeutiques répondent aux critères énoncés ci-dessus. Si vous avez besoin de plus d'espace, joignez une feuille séparée que vous avez signé.

Effet cumulatif des limitations considérables – Médecin, infirmier praticien (selon les modifications proposées) ou ergothérapeute

Remarque : Les ergothérapeutes peuvent seulement attester les limitations pour marcher, se nourrir et s'habiller.

Répondez à **toutes** les questions ci-dessous pour attester l'effet cumulatif des limitations de votre patient.

1. Même à l'aide de soins thérapeutiques, d'appareils et de médicaments appropriés, votre patient est-il **limité considérablement** par sa déficience, sans être **limité de façon marquée**, dans **deux** ou plusieurs activités courantes de la vie quotidienne ou dans la capacité de **voir** et dans **une** ou plusieurs activités courantes de la vie quotidienne? Oui Non

Si **oui**, cochez au moins **deux** cases qui s'appliquent à votre patient.

- voir parler entendre marcher
- évacuer (fonctions intestinales ou vésicales) se nourrir s'habiller fonctions mentales nécessaires aux activités de la vie courante

Remarque

Vous **ne pouvez pas** inclure le temps passé à recevoir des soins thérapeutiques essentiels.

2. Ces limitations sont-elles présentes **toujours ou presque toujours** (au moins 90 % du temps) en même temps? Oui Non
3. L'effet cumulatif de ces limitations considérables correspond-il à être **limité de façon marquée** dans **une** activité courante de la vie quotidienne? Oui Non

4. Quand l'effet cumulatif décrit ci-dessus a-t-il commencé (il ne s'agit pas nécessairement de la même année où le diagnostic a été posé, comme dans le cas des maladies progressives)?

Année

Nom du patient : Omnimed_test, Jacques

Effets de la déficience – Obligatoire

Les effets de la déficience de votre patient sont ceux qui font qu'il est **toujours ou presque toujours** (au moins 90 % du temps) limité, même à l'aide de soins thérapeutiques, d'appareils et de médicaments appropriés.

Remarque

Le travail, les travaux ménagers, la gestion d'un compte bancaire et les activités sociales ou récréatives **ne sont pas** considérés comme des activités courantes de la vie quotidienne. Les activités courantes de la vie quotidienne comprennent marcher, parler, entendre, s'habiller, se nourrir, l'évacuation intestinale ou vésicale, et les fonctions mentales nécessaires aux activités de la vie courante.

Il est **obligatoire** que vous décriviez les effets de la déficience de votre patient sur sa capacité de faire **chacune** des activités courantes de la vie quotidienne que vous avez indiquée comme étant « limitée de façon marquée » ou « limitée considérablement ». Si vous avez besoin de plus d'espace, joignez une feuille séparée que vous avez signée. Vous pouvez inclure des copies de rapports médicaux, d'examen diagnostiques ou de tout autre renseignement médical, au besoin.

Durée – Obligatoire

La déficience de votre patient a-t-elle duré ou est-il raisonnable de s'attendre à ce qu'elle dure au moins 12 mois consécutifs? Pour les patients décédés, était-il raisonnable de s'attendre à ce que la déficience dure au moins 12 mois consécutifs? Oui Non

Si **oui**, la déficience s'est-elle améliorée, ou peut-on s'attendre à ce qu'elle s'améliore, de sorte que le patient ne soit plus aveugle, limité de façon marquée, n'ait plus besoin de soins thérapeutiques essentiels ou n'ait plus l'équivalent d'une limitation marquée à cause de l'effet cumulatif des limitations considérables? Incertain Oui Non

Si **oui**, indiquez l'année de l'amélioration réelle ou prévue.

Année

--	--	--	--	--	--

Attestation – Obligatoire

1. Pour quelle(s) année(s) avez-vous été le professionnel de la santé traitant de votre patient?
2. Avez-vous des renseignements au dossier à l'appui de la ou des limitations pour chaque année que vous avez attestées sur ce formulaire? Oui Non

Cochez la case qui s'applique à vous :

Médecin Infirmier praticien Optométriste Ergothérapeute
 Audiologiste Physiothérapeute Psychologue Orthophoniste

En tant que **professionnel de la santé**, j'atteste que les renseignements fournis dans la partie B de ce formulaire sont exacts et complets. Je comprends que l'ARC utilisera ces renseignements pour prendre une décision sur l'admissibilité de mon patient au CIPH.

Signez ici :

No Permis: 4502324 Faire une fausse déclaration constitue une infraction grave.

Nom (en lettres moulées)
Hubert-Deschamps Mikael

Date :

Année	Mois	Jour	Téléphone
2 0 2 0	0 8	0 6	800 567-4808

Adresse
160 rue Pope Cookshire J0B 1M0

Renseignements généraux

Qu'est-ce que le CIPH?

Le crédit d'impôt pour personnes handicapées (CIPH) est un crédit d'impôt non remboursable qui aide les personnes handicapées et leurs aidants à réduire l'impôt sur le revenu qu'ils pourraient avoir à payer. Le montant pour personnes handicapées pourrait être demandé une fois que la personne handicapée est admissible au CIPH. Ce montant comprend un supplément pour une personne ayant moins de 18 ans à la fin de l'année. Être admissible à ce crédit pourrait vous permettre d'accéder à d'autres programmes.

Pour en savoir plus, allez à arc.gc.ca/ciph ou consultez le guide RC4064, *Renseignements relatifs aux personnes handicapées*.

Êtes-vous admissible?

Vous êtes admissible au CIPH seulement si nous approuvons votre demande. En utilisant ce formulaire, un professionnel de la santé doit indiquer et attester que vous avez une déficience grave et prolongée et en décrire les effets.

Pour savoir si vous **pourriez être admissible** au CIPH, remplissez le questionnaire d'auto-évaluation dans le guide RC4064, *Renseignements relatifs aux personnes handicapées*. Si nous vous avons déjà informé que vous êtes admissible, n'envoyez pas un autre formulaire à moins que la période d'approbation précédente soit terminée ou que nous vous demandions de le faire. **Vous devriez nous aviser si votre condition médicale s'améliore.**

Vous **n'êtes pas** nécessairement admissible au CIPH malgré que vous recevez une prestation d'invalidité du Régime de pensions du Canada ou du Régime des rentes du Québec, des indemnités pour accident de travail ou d'autres genres de prestations d'assurance ou d'invalidité. Ces régimes servent à d'autres fins et ont d'autres critères, comme l'incapacité à travailler.

Vous pouvez envoyer le formulaire à n'importe quel moment de l'année. En envoyant votre formulaire avant de produire votre déclaration de revenus et de prestations, vous pouvez éviter des retards dans la cotisation de votre déclaration. Nous examinerons votre formulaire avant d'établir la cotisation de votre déclaration. Conservez une copie dans vos dossiers.

Frais – Vous êtes responsable de tous les frais exigés par le professionnel de la santé pour remplir ce formulaire ou pour nous fournir plus de renseignements. Vous pourriez les demander comme frais médicaux à la ligne 330 ou à la ligne 331 de votre déclaration de revenus et de prestations.

Qu'arrive-t-il une fois le formulaire T2201 envoyé?

Une fois que nous avons reçu le formulaire T2201, nous examinerons votre demande. Nous vous enverrons un avis de détermination pour vous informer de notre décision. Notre décision est basée sur les renseignements donnés par le professionnel de la santé. Si votre demande est refusée, nous expliquerons pourquoi dans l'avis de détermination. Pour en savoir plus, consultez le guide RC4064, *Renseignements relatifs aux personnes handicapées*, ou allez à arc.gc.ca/ciph.

Où devez-vous envoyer ce formulaire?

Envoyez votre formulaire à l'Unité du crédit d'impôt pour personnes handicapées de votre centre fiscal. Utilisez le tableau ci-dessous pour en connaître l'adresse.

Si votre bureau des services fiscaux est situé aux endroits suivants :	Envoyez votre correspondance à l'adresse suivante :
Alberta, Colombie-Britannique, London, Manitoba, Regina, Saskatoon, Territoires du Nord-Ouest, Thunder Bay, Windsor et Yukon	Centre fiscal de Winnipeg 66, chemin Stapon Winnipeg MB R3C 3M2
Barrie, Kingston, Nouveau-Brunswick, Nouvelle-Écosse, Peterborough, St. Catharines, Sudbury (la région de Sudbury/Nickel Belt seulement), Terre-Neuve-et-Labrador, Toronto Centre, Toronto Est, Toronto Nord et Toronto Ouest	Centre fiscal de Sudbury CP 20000, succursale A Sudbury ON P3A 5C1
Laval, Montréal, Nunavut, Ottawa, Rouyn-Noranda, Sherbrooke et Sudbury (sauf la région de Sudbury/Nickel Belt)	Centre fiscal de Shawinigan-Sud 4695, boulevard de Shawinigan-Sud Shawinigan QC G9P 5H9
Chicoutimi, Montérégie-Rive-Sud, Outaouais, Québec, Rimouski et Trois-Rivières	Centre fiscal de Jonquière 2251, boulevard René-Lévesque Jonquière QC G7S 5J2
Belleville, Hamilton, Île-du-Prince-Édouard et Kitchener/Waterloo	Centre fiscal de l'Île-du-Prince-Édouard 275, chemin Pope Summerside PE C1N 6A2
Bureau des services fiscaux international et d'Ottawa (résidents réputés, non-résidents, nouveaux arrivants ou résidents de retour au Canada)	Bureau des services fiscaux international et d'Ottawa CP 9769, succursale T Ottawa ON K1G 3Y4 CANADA

Avez-vous besoin d'aide?

Si vous voulez plus de renseignements après avoir lu ce formulaire, allez à arc.gc.ca/ciph ou composez le **1-800-959-7383**.

Formulaires et publications

Pour obtenir nos formulaires et publications, allez à arc.gc.ca/formulaires ou composez le **1-800-959-7383**.

Omnimed

160 rue Pope, Cookshire, Québec, J0B 1M0
800 567-4808 Fax. 888 780-6081

ATTESTATION OF ABSENCE

Objet: Jacques Omnimed_test

Birthdate: 11/11/1911

On August 06 2020

To Whom It May Concern,

The present letter attests that I examined Jacques Omnimed_test at my office on August 06 2020 and that, for health reasons, he(she) will be absent from _____ / ____ / ____ to _____ / ____ / ____ inclusively.

I trust this meets with your expectations.

Best regards,

Signature: _____

Hubert-Deschamps Mikael

This document is confidential.

Printed by: GHISLAIN LAFORTUNE

Omnimed

160 rue Pope, Cookshire, Québec, J0B 1M0
800 567-4808 Téléc. 888 780-6081

ATTESTATION D'ABSENCE

Objet : Jacques Omnimed_test

Date de naissance : 11/11/1911

Le 06/08/2020

A qui de droit,

La présente est pour attester que j'ai examiné Jacques Omnimed_test à mon bureau le 06/08/2020 et qu'il(elle) sera absent(e) du ____/____/____ au ____/____/____ inclusivement pour des raisons de santé.

En espérant que cette information est conforme à vos attentes.

Veillez recevoir mes salutations distinguées.

Signature : _____
Hubert-Deschamps Mikael

Ce document est confidentiel.

Imprimé par : GHISLAIN LAFORTUNE

Omnimed

160 rue Pope, Cookshire, Québec, J0B 1M0
800 567-4808 Fax. 888 780-6081

ATTESTATION FOR LEAVE OF ABSENCE

Object : Jacques Omnimed_test

Date of Birth : 11/11/1911

On 06/08/2020

To whom It May Concern,

The present letter attests that I examined Jacques Omnimed_test at my office on 06/08/2020 and that, for health reasons, he(she) will be unable to work from _____ / _____ / _____ to _____ / _____ / _____ inclusively.

I trust this meets with your expectations.

Best regards,

Signature :

Hubert-Deschamps Mikael

This is a confidential document.

Print by : GHISLAIN LAFORTUNE

Omnimed

160 rue Pope, Cookshire, Québec, J0B 1M0
800 567-4808 Téléc. 888 780-6081

ATTESTATION D'ARRÊT DE TRAVAIL

Objet : Jacques Omnimed_test

Date de naissance : 11/11/1911

Le 06/08/2020

A qui de droit,

La présente est pour attester que j'ai examiné Jacques Omnimed_test à mon bureau le 06/08/2020 et qu'il(elle) sera en arrêt de travail du ____/____/____ au ____/____/____ inclusivement pour des raisons de santé.

En espérant que cette information est conforme à vos attentes.

Veuillez recevoir mes salutations distinguées.

Signature : _____
Hubert-Deschamps Mikael

Ce document est confidentiel.

Imprimé par : GHISLAIN LAFORTUNE

Omnimed

160 rue Pope, Cookshire, Québec, J0B 1M0
800 567-4808 Fax. 888 780-6081

ATTESTATION OF GOOD HEALTH

Object: Jacques Omnimed_test

Birthdate 11/11/1911

On August 06 2020

To Whom It May Concern,

The present letter attests that I examined Jacques Omnimed_test at my office on August 06 2020, and that, he/she did not appear to be sick. Therefore I judge that he/she is in a good physical and mental state.

I trust this meets with your expectations.

Best regards,

Signature: _____

Hubert-Deschamps Mikael

This document is confidential.

Printed by: GHISLAIN LAFORTUNE

Omnimed

160 rue Pope, Cookshire, Québec, J0B 1M0
800 567-4808 Téléc. 888 780-6081

ATTESTATION DE BONNE SANTÉ

Objet : Jacques Omnimed_test

Date de naissance : 11/11/1911

Le 06/08/2020

A qui de droit,

La présente est pour attester que j'ai examiné Jacques Omnimed_test à mon bureau le 06/08/2020 et qu'il(elle) ne semblait présenter aucune maladie apparente. Ainsi, je considère qu'il(elle) est en bonne santé physique et mentale.

En espérant que cette information est conforme à vos attentes.

Veuillez recevoir mes salutations distinguées.

Signature :

Hubert-Deschamps Mikael

Ce document est confidentiel.

Imprimé par : GHISLAIN LAFORTUNE

Omnimed

160 rue Pope, Cookshire, Québec, J0B 1M0

CERTIFICATION OF ATTENDANCE AT A MEDICAL APPOINTMENT

Object : Jacques Omnimed_test

Date of birth : 11/11/1911

On 06/08/2020

To whom it may concern,

The present letter attests that Jacques Omnimed_test attended his/her medical appointment on 20/06/2020 .

He (she) was seen by HUBERT-DESCHAMPS MIKAEL at this time.

Hoping that this information meets your expectations.

Please accept my best regards.

Signature :

GHISLAIN LAFORTUNE (in the name of : HUBERT-DESCHAMPS MIKAEL)

This is a confidential document.

Print by: GHISLAIN LAFORTUNE

Omnimed

160 rue Pope, Cookshire, Québec, J0B 1M0

ATTESTATION DE PRÉSENCE À UN RENDEZ-VOUS MÉDICAL

Objet : Jacques Omnimed_test

Date de naissance : 11/11/1911

Le 06/08/2020

Madame, Monsieur

La présente est pour attester que Jacques Omnimed_test s'est présenté(e) à un rendez-vous médical le 20/06/2020 15:00 .

Il (elle) a consulté HUBERT-DESCHAMPS MIKAEL à ce moment.

En espérant que cette information est conforme à vos attentes.

Veillez recevoir mes salutations distinguées.

Signature :

GHISLAIN LAFORTUNE (au nom de : HUBERT-DESCHAMPS MIKAEL)

Ce document est confidentiel.

Imprimé par : GHISLAIN LAFORTUNE

Omnimed

160 rue Pope, Cookshire, Québec, J0B 1M0

ATTESTATION DE PRÉSENCE À UN RENDEZ-VOUS PSYCHOSOCIAL

Objet : Jacques Omnimed_test

Date de naissance : 11/11/1911

Le 06/08/2020

Madame, Monsieur

La présente est pour attester que Jacques Omnimed_test s'est présenté(e) à un rendez-vous psychosocial le 20/06/2020 .

Il (elle) a consulté HUBERT-DESCHAMPS MIKAEL à ce moment.

En espérant que cette information est conforme à vos attentes.

Veillez recevoir mes salutations distinguées.

Signature :

GHISLAIN LAFORTUNE (au nom de : HUBERT-DESCHAMPS MIKAEL)

Ce document est confidentiel.

Imprimé par : GHISLAIN LAFORTUNE

Omnimed

160 rue Pope, Cookshire, Québec, J0B 1M0
800 567-4808 Fax. 888 780-6081

CERTIFICATION OF ATTENDANCE TO THE WALK-IN CLINIC

Objet: Jacques Omnimed_test

Birthdate: 11/11/1911

On August 06 2020

To whom it may concern,

The present letter attests that Jacques Omnimed_test came to the walk-in clinic on June 20 2020 .

Hoping that this information meets your expectations.

Please accept my best regards,

Signature: _____

GHISLAIN LAFORTUNE (in the name of : HUBERT-DESCHAMPS
MIKAEL)

This document is confidential.

Printed by: GHISLAIN LAFORTUNE

Omnimed

160 rue Pope, Cookshire, Québec, J0B 1M0
800 567-4808 Téléc. 888 780-6081

ATTESTATION DE PRÉSENCE AU SANS-RENDEZ-VOUS

Objet : Jacques Omnimed_test

Date de naissance : 11/11/1911

Le 06/08/2020

Madame, Monsieur

La présente est pour attester que Jacques Omnimed_test s'est présenté(e) à la clinique de sans- rendez-vous le 06/08/2020 .

Il (elle) a consulté Hubert-Deschamps Mikael à ce moment.

En espérant que cette information est conforme à vos attentes.

Veillez recevoir mes salutations distinguées.

Signature :

GHISLAIN LAFORTUNE (au nom de : Hubert-Deschamps Mikael)

Ce document est confidentiel.

Imprimé par : GHISLAIN LAFORTUNE



Omnimed

160 rue Pope, Cookshire, Québec, J0B 1M0

800 567-4808

F 888 780-6081

ATTESTATION DE PRÉSENCE À UN RENDEZ-VOUS

Objet : Présence du parent de Jacques Omnimed_test à un rendez-vous

Date de naissance : 11/11/1911

Le 06/08/2020

A qui de droit,

La présente est pour attester que le (les) parent (s) de Jacques Omnimed_test s'est présenté(e) à un rendezvous médical le 20/06/2020 15:00.

Il (elle) a consulté HUBERT-DESCHAMPS MIKAEL à ce moment.

En espérant que cette information est conforme à vos attentes.

Veillez recevoir mes salutations distinguées.

Signature :

GHISLAIN LAFORTUNE (au nom de : HUBERT-DESCHAMPS MIKAEL) (au nom de :
Hubert-Deschamps Mikael)

Ce document est confidentiel.

Imprimé par : GHISLAIN LAFORTUNE



BIOGENIQ

PATIENT

Omnimed_test Jacques M
Name Surname Sex
 1 Rue Alpha La Ligne 2
Address Apt.
 Btown A1A1A1
City Postal Code
 819 111-2233 819 111-3322 x
Phone (Home/Cell) Phone (Work)
 jacques.omnimedtest@omnimed.com
Email
 1911-11-11
Date of birth (YYYY-MM-DD)

PRESCRIBING DOCTOR

Mikael, Hubert-Deschamps (4502324) 2020-08-06
Physician's signature date of prescription

GENETIC COUNSELLING

- Genetic counselling session:
- Review of the family and medical history
 - Evaluation of genetic risks
 - Information regarding disease of concern
 - Discussion about relevance of genetic test
 - Assessing public versus private options
 - Summary of the session sent to the patient and the doctor
- Reason for genetic counselling: _____

N.B.: Genetic counselling is recommended before genetic testing

GENETIC TESTS

- Genetic test for _____
(name of the test or disease)
- Examples:
- Breast cancer
 - BRCA1/BRCA2 genes
 - Colorectal cancer
 - Other cancer history (specify)
 - Rare disease (specify)
- Authorization to communicate results to the patient during a genetic counselling session included with the genetic test.

PHARMACOGENETIC REPORTS

Depression

SSRI Antidepressants
 Citalopram (CELEXA®)
 Escitalopram (CIPRALEX®)
 Fluoxetine (PROZAC®)
 Fluvoxamine (LUVOX®)
 Paroxetine (PAXIL®)
 Sertraline (ZOLOFT®)

Tricyclic Antidepressants
 Amitriptyline (ELAVIL®)
 Clomipramine (ANAFRANIL®)
 Desipramine
 Doxepin (SILENOR®, SINEQUAN®)
 Imipramine
 Nortriptyline (AVENTYL®)
 Trimipramine

Antidepressants (Others)
 Bupropion (WELLBUTRIN®, ZYBAN®)
 Duloxetine (CYMBALTA®)
 Mirtazapine (REMERON®)
 Venlafaxine (EFFEXOR XR®)
 Vortioxetine (TRINTELLIX®)

Anxiolytic
 Diazepam (DIASTAT®, VALIUM®)

Antipsychotics

Aripiprazole (ABILIFY®)
 Haloperidol (HALDOL®)
 Perphenazine
 Pimozide (ORAP®)
 Risperidone (RISPERDAL®)
 Zuclophenthixol (CLOPIXOL®)

Cancer

Azathioprine (IMURAN®)
 Capecitabine (XELODA®)
 Cisplatin
 Fluorouracil (5-FU)
 Mercaptopurine (PURINETHOL®)
 Oxycodone (OXYNEO®, OXY-IR®)
 Tacrolimus (ADVAGRAF®)
 Tamoxifen (NOLVADEX®)
 Thioguanine (LANVIS®)

Cardio

Acenocoumarol (SINTROM®)
 Carvedilol
 Clopidogrel (PLAVIX®)
 Flecainide (TAMBOCOR®)
 Metoprolol (LOPRESOR®)
 Propafenone (RYTHMOL®)
 Simvastatin (ZOCOR®)
 Warfarin (COUMADIN®)

Pain

Amitriptyline (ELAVIL®)
 Celecoxib (CELEBREX®)
 Codéine
 Flurbiprofen
 Oxycodone (OXYNEO®, OXY-IR®)
 Tramadol (RALIVIA®, DURELA®)

ADHD

Psychostimulants
 Amphetamine (ADDERALL XR®)
 Dextroamphetamine (DEXEDRINE®)
 Lisdexamfetamine (VYVANSE®)
 Methylphenidate (RITALIN®, CONCERTA®, BIPHENTIN®)

Non-psychostimulants
 Atomoxetine (STRATTERA®)
 Bupropion (WELLBUTRIN®, ZYBAN®)
 Clonidine (CATAPRES®, DIXARIT®)
 Guanfacine (INTUNIV XR®)
 Risperidone (RISPERDAL®)

Miscellaneous

Gastroenterology
 Esomeprazole (NEXIUM®)
 Lansoprazole (PREVACID®)
 Pantoprazole (PANTOLOC®)
 Omeprazole

Others
 Clobazam (FRISIUM®)
 Galantamine (REMINYL ER®)
 Phenytoin (DILANTIN®)

Tetrabenazine (NITOMAN®)
 Tolterodine (DETROL®)
 Voriconazole (VFEND®)

Please note: The brand or generic names of medications are supplied as examples and are not meant to be an exhaustive list.

How to order a test?

Genetic testing and counselling: fax or e-mail a copy of the prescription.
 Pharmacogenetic test: customers can order their report online at biogeniq.ca or at one of our partner clinics.

For any questions, please contact BiogenIQ directly.

Toll-Free : 1 855 943-6379 | Fax : 514 317-2241 | Email : lab@biogeniq.ca | biogeniq.ca



BIOGENIQ

PATIENT

Omnimed_test Jacques M
Name Surname Sex
 1 Rue Alpha
Address Apt.
 Btown A1A1A1
City Postal Code
 8191112233
Phone (Home/Cell) Phone (Work)
 8191113322
Email
 1911-11-11
Date of birth (YYYY-MM-DD)

PRESCRIBING DOCTOR

Mikael, Hubert-Deschamps (4502324) 2020-08-06
Physician's signature date of prescription

GENETIC COUNSELLING

- Genetic counselling session:
- Review of the family and medical history
 - Evaluation of genetic risks
 - Information regarding disease of concern
 - Discussion about relevance of genetic test
 - Assessing public versus private options
 - Summary of the session sent to the patient and the doctor
- Reason for genetic counselling: _____

N.B.: Genetic counselling is recommended before genetic testing

GENETIC TESTS

- Genetic test for _____
(name of the test or disease)
- Examples:
- Breast cancer
 - BRCA1/BRCA2 genes
 - Colorectal cancer
 - Other cancer history (specify)
 - Rare disease (specify)
- Authorization to communicate results to the patient during a genetic counselling session included with the genetic test.

PHARMACOGENETIC REPORTS

Depression

SSRI Antidepressants
 Citalopram (CELEXA®)
 Escitalopram (CIPRALEX®)
 Fluoxetine (PROZAC®)
 Fluvoxamine (LUVOX®)
 Paroxetine (PAXIL®)
 Sertraline (ZOLOFT®)

Tricyclic Antidepressants
 Amitriptyline (ELAVIL®)
 Clomipramine (ANAFRANIL®)
 Desipramine
 Doxepin (SILENOR®, SINEQUAN®)
 Imipramine
 Nortriptyline (AVENTYL®)
 Trimipramine

Antidepressants (Others)
 Bupropion (WELLBUTRIN®, ZYBAN®)
 Duloxetine (CYMBALTA®)
 Mirtazapine (REMERON®)
 Venlafaxine (EFFEXOR XR®)
 Vortioxetine (TRINTELLIX®)

Anxiolytic
 Diazepam (DIASSTAT®, VALIUM®)

Antipsychotics

Aripiprazole (ABILIFY®)
 Haloperidol (HALDOL®)
 Perphenazine
 Pimozide (ORAP®)
 Risperidone (RISPERDAL®)
 Zuclophenthixol (CLOPIXOL®)

Cancer

Azathioprine (IMURAN®)
 Capecitabine (XELODA®)
 Cisplatin
 Fluorouracil (5-FU)
 Mercaptopurine (PURINETHOL®)
 Oxycodone (OXYNEO®, OXY-IR®)
 Tacrolimus (ADVAGRAF®)
 Tamoxifen (NOLVADEX®)
 Thioguanine (LANVIS®)

Cardio

Acenocoumarol (SINTROM®)
 Carvedilol
 Clopidogrel (PLAVIX®)
 Flecainide (TAMBOCOR®)
 Metoprolol (LOPRESOR®)
 Propafenone (RYTHMOL®)
 Simvastatin (ZOCOR®)
 Warfarin (COUMADIN®)

Pain

Amitriptyline (ELAVIL®)
 Celecoxib (CELEBREX®)
 Codéine
 Flurbiprofen
 Oxycodone (OXYNEO®, OXY-IR®)
 Tramadol (RALIVIA®, DURELA®)

ADHD

Psychostimulants
 Amphetamine (ADDERALL XR®)
 Dextroamphetamine (DEXEDRINE®)
 Lisdexamfetamine (VYVANSE®)
 Methylphenidate (RITALIN®, CONCERTA®, BIPHENTIN®)

Miscellaneous

Gastroenterology
 Esomeprazole (NEXIUM®)
 Lansoprazole (PREVACID®)
 Pantoprazole (PANTOLOC®)
 Omeprazole

Others
 Clobazam (FRISIUM®)
 Galantamine (REMINYL ER®)
 Phenytoin (DILANTIN®)

Tetrabenazine (NITOMAN®)
 Tolterodine (DETROL®)
 Voriconazole (VFEND®)

Non-psychostimulants
 Atomoxetine (STRATTERA®)
 Bupropion (WELLBUTRIN®, ZYBAN®)
 Clonidine (CATAPRES®, DIXARIT®)
 Guanfacine (INTUNIV XR®)
 Risperidone (RISPERDAL®)

Please note: The brand or generic names of medications are supplied as examples and are not meant to be an exhaustive list.

How to order a test?

Genetic testing and counselling: fax or e-mail a copy of the prescription.
 Pharmacogenetic test: customers can order their report online at biogeniq.ca or at one of our partner clinics.

For any questions, please contact BiogenIQ directly.

Toll-Free : 1 855 943-6379 | Fax : 514 317-2241 | Email : lab@biogeniq.ca | biogeniq.ca



BIOGENIQ

PATIENT

Omnimed_test Jacques M
 Nom Prénom Sexe
 1 Rue Alpha La Ligne 2
 Adresse App.
 Btown A1A1A1
 Ville Code postal
 819 111-2233 819 111-3322 x
 Tél. (maison/cell) Tél. (travail)
 jacques.omnimedtest@omnimed.com
 Courriel
 1911-11-11
 Date de naissance

REQUÉRANT

Mikael, Hubert-Deschamps (4502324) 2020-08-06
 Signature du médecin Prescrit le

CONSEIL GÉNÉTIQUE

Rencontre avec une conseillère génétique

- Révision de l'historique familial et médical
- Évaluation de risques de maladies génétiques
- Communication des informations concernant la maladie
- Explication de la pertinence de procéder à un test génétique
- Évaluation des options au public et au privé
- Remise d'un sommaire de l'évaluation au patient et au médecin

Raison du conseil : _____

NOTE : un conseil génétique est recommandé avant d'effectuer un test génétique.

TESTS GÉNÉTIQUES

Test génétique pour _____ (spécifiez le test ou la maladie)

Exemples :

- Cancer du sein
- Gènes BRCA1/BRCA2
- Cancer colorectal
- Autres antécédents de cancer (spécifier)
- Maladie rare (spécifier)

Autorisation de communiquer les résultats au patient lors d'un conseil génétique inclus à la suite d'un test génétique.

BILANS PHARMACOGÉNÉTIQUES

Dépression

Antidépresseurs ISRS

Citalopram (CELEXA®)
 Escitalopram (CIPRALEX®)
 Fluoxétine (PROZAC®)
 Fluvoxamine (LUVOX®)
 Paroxétine (PAXIL®)
 Sertraline (ZOLOFT®)

Antidépresseurs tricycliques

Amitriptyline (ELAVIL®)
 Clomipramine (ANAFRANIL®)
 Désipramine
 Doxépine (SILENOR®, SINEQUAN®)
 Imipramine
 Nortriptyline (AVENTYL®)
 Trimipramine

Antidépresseurs (autres)

Bupropion (WELLBUTRIN®, ZYBAN®)
 Duloxétine (CYMBALTA®)
 Mirtazapine (REMERON®)
 Venlafaxine (EFFEXOR XR®)
 Vortioxétine (TRINTELLIX®)

Anxiolytique

Diazépam (DIASTAT®, VALIUM®)

Antipsychotiques

Aripiprazole (ABILIFY®)
 Haloperidol (HALDOL®)
 Pérphénazine
 Pimozide (ORAP®)
 Risperidone (RISPERDAL®)
 Zuclopenthixol (CLOPIXOL®)

Cancer

Azathioprine (IMURAN®)
 Capécitabine (XELODA®)
 Cisplatine
 Fluorouracil (5-FU)
 Mercaptopurine (PURINETHOL®)
 Oxycodone (OXYNEO®, OXY.IR®)
 Tacrolimus (ADVAGRAF®)
 Tamoxifène (NOLVADEX®)
 Thioguanine (LANVIS®)

Cardio

Acénocoumarol (SINTROM®)
 Carvédilol
 Clopidogrel (PLAVIX®)
 Flécaïnide (TAMBOCOR®)
 Métoprolol (LOPRESOR®)
 Propafénone (RYTHMOL®)
 Simvastatine (ZOCOR®)
 Warfarine (COUMADIN®)

Douleur

Amitriptyline (ELAVIL®)
 Célécoxib (CELEBREX®)
 Codéine
 Flurbiprofène
 Oxycodone (OXYNEO®, OXY.IR®)
 Tramadol (RALIVIA®, DURELA®)

TDAH

Psychostimulants

Amphétamine (ADDERALL XR®)
 Dextroamphétamine (DEXEDRINE®)
 Lisdexamfétamine (VYVANSE®)
 Méthylphénidate (RITALIN®, CONCERTA®, BIPHENTIN®)

Non-psychostimulants

Atomoxétine (STRATTERA®)
 Bupropion (WELLBUTRIN®, ZYBAN®)
 Clonidine (CATAPRES®, DIXARIT®)
 Guanfacine (INTUNIV XR®)
 Risperidone (RISPERDAL®)

Divers

Gastroentérologie

Esoméprazole (NEXIUM®)
 Lansoprazole (PREVACID®)
 Pantoprazole (PANTOLOC®)
 Oméprazole

Autres

Clobazam (FRISIUM®)
 Galantamine (REMINYL ER®)
 Phénytoïne (DILANTIN®)

Tétrabénazine (NITOMAN®)
 Toltérodine (DETROL®)
 Voriconazole (VFEND®)

Note: Les noms commerciaux des médicaments sont fournis à titre indicatif seulement et ne constituent pas une liste exhaustive.

Comment commander un test?

Test et conseil génétique : envoyez une copie de la prescription par télécopieur ou par courriel.

Bilan pharmacogénétique : le client peut commander son bilan en ligne au biogeniq.ca ou dans une de nos cliniques partenaires.

Pour toutes questions, veuillez communiquer directement avec nous.

Sans frais : 1 855 943-6379 | Télécopieur : 514 317-2241 | Courriel : lab@biogeniq.ca | biogeniq.ca



BIOGENIQ

PATIENT

REQUÉRANT

Omnimed_test Jacques M
Nom Prénom Sexe
 1 Rue Alpha
Adresse App.
 Btown A1A1A1
Ville Code postal
 8191112233
Tél. (maison/cell) Tél. (travail)
 Courriel
 1911-11-11
Date de naissance

Mikael, Hubert-Deschamps (4502324) 2020-08-06
Signature du médecin Prescrit le

CONSEIL GÉNÉTIQUE

Rencontre avec une conseillère génétique

- Révision de l'historique familial et médical
- Évaluation de risques de maladies génétiques
- Communication des informations concernant la maladie
- Explication de la pertinence de procéder à un test génétique
- Évaluation des options au public et au privé
- Remise d'un sommaire de l'évaluation au patient et au médecin

Raison du conseil : _____

NOTE : un conseil génétique est recommandé avant d'effectuer un test génétique.

TESTS GÉNÉTIQUES

Test génétique pour _____ (spécifiez le test ou la maladie)

Exemples :

- Cancer du sein
- Gènes BRCA1/BRCA2
- Cancer colorectal
- Autres antécédents de cancer (spécifier)
- Maladie rare (spécifier)

Autorisation de communiquer les résultats au patient lors d'un conseil génétique inclus à la suite d'un test génétique.

BILANS PHARMACOGÉNÉTIQUES

Dépression

Antidépresseurs ISRS

Citalopram (CELEXA®)
 Escitalopram (CIPRALEX®)
 Fluoxétine (PROZAC®)
 Fluvoxamine (LUVOX®)
 Paroxétine (PAXIL®)
 Sertraline (ZOLOFT®)

Antidépresseurs tricycliques

Amitriptyline (ELAVIL®)
 Clomipramine (ANAFRANIL®)
 Désipramine
 Doxépine (SILENOR®, SINEQUAN®)
 Imipramine
 Nortriptyline (AVENTYL®)
 Trimipramine

Antidépresseurs (autres)

Bupropion (WELLBUTRIN®, ZYBAN®)
 Duloxétine (CYMBALTA®)
 Mirtazapine (REMERON®)
 Venlafaxine (EFFEXOR XR®)
 Vortioxétine (TRINTELLIX®)

Anxiolytique

Diazépam (DIASTAT®, VALIUM®)

Antipsychotiques

Aripiprazole (ABILIFY®)
 Haloperidol (HALDOL®)
 Pérphénazine
 Pimozide (ORAP®)
 Risperidone (RISPERDAL®)
 Zuclopenthixol (CLOPIXOL®)

Cancer

Azathioprine (IMURAN®)
 Capécitabine (XELODA®)
 Cisplatine
 Fluorouracil (5-FU)
 Mercaptopurine (PURINETHOL®)
 Oxycodone (OXYNEO®, OXY-IR®)
 Tacrolimus (ADVAGRAF®)
 Tamoxifène (NOLVADEX®)
 Thioguanine (LANVIS®)

Cardio

Acénocoumarol (SINTROM®)
 Carvédilol
 Clopidogrel (PLAVIX®)
 Flécaïnide (TAMBOCOR®)
 Métoprolol (LOPRESOR®)
 Propafénone (RYTHMOL®)
 Simvastatine (ZOCOR®)
 Warfarine (COUMADIN®)

Douleur

Amitriptyline (ELAVIL®)
 Célécoxib (CELEBREX®)
 Codéine
 Flurbiprofène
 Oxycodone (OXYNEO®, OXY-IR®)
 Tramadol (RALIVIA®, DURELA®)

TDAH

Psychostimulants

Amphétamine (ADDERALL XR®)
 Dextroamphétamine (DEXEDRINE®)
 Lisdexamfétamine (VYVANSE®)
 Méthylphénidate (RITALIN®, CONCERTA®, BIPHENTIN®)

Non-psychostimulants

Atomoxétine (STRATTERA®)
 Bupropion (WELLBUTRIN®, ZYBAN®)
 Clonidine (CATAPRES®, DIXARIT®)
 Guanfacine (INTUNIV XR®)
 Risperidone (RISPERDAL®)

Divers

Gastroentérologie

Esoméprazole (NEXIUM®)
 Lansoprazole (PREVACID®)
 Pantoprazole (PANTOLOC®)
 Oméprazole

Autres

Clobazam (FRISIUM®)
 Galantamine (REMINYL ER®)
 Phénytoïne (DILANTIN®)

Tétrabénazine (NITOMAN®)

Toltérodine (DETROL®)
 Voriconazole (VFEND®)

Note: Les noms commerciaux des médicaments sont fournis à titre indicatif seulement et ne constituent pas une liste exhaustive.

Comment commander un test?

Test et conseil génétique : envoyez une copie de la prescription par télécopieur ou par courriel.

Bilan pharmacogénétique : le client peut commander son bilan en ligne au biogeniq.ca ou dans une de nos cliniques partenaires.

Pour toutes questions, veuillez communiquer directement avec nous.

Sans frais : 1 855 943-6379 | Télécopieur : 514 317-2241 | Courriel : lab@biogeniq.ca | biogeniq.ca

ENROLL NOW

support
program

Contrave



Your doctor has recommended **Contrave AND Contrave Support** for you



The **Contrave Support** program has been designed to help you with your **Contrave** treatment and with implementing changes in your lifestyle habits by adopting new ways to look at motivation, food, activity and wellness.



When you enroll in the program, you will be assigned a dedicated nurse counsellor who will provide one-on-one motivation coaching for the entire duration your **Contrave** treatment.



In addition, you will receive newsletters and videos that have been developed with the help of experts in the field of obesity and weight management.



We will also provide financial support by covering up to **20%** of the total cost of your prescription at the pharmacy.

In order to take advantage of the many benefits of the program **BEFORE** filling your prescription at the pharmacy, we invite you to enroll in the program by calling the phone number below



1-855-CNTRAVE
(855-268-7283)

INSCRIVEZ-VOUS
DÈS MAINTENANT

programme
Soutien

Contrave



Votre médecin vous a recommandé **Contrave ET**
le programme Soutien Contrave



Le programme Soutien Contrave a été conçu pour vous aider à suivre votre traitement par **Contrave** et à modifier vos habitudes de vie en adoptant de nouvelles façons de considérer la motivation, l'alimentation, l'activité physique et le bien-être.



Lors de votre inscription au programme, vous serez jumelé à une infirmière conseil assignée, qui vous offrira un encadrement motivationnel et individualisé pendant toute la durée de votre traitement par **Contrave**.



En outre, vous recevrez des bulletins d'information et des vidéos élaborés avec l'aide d'experts dans le domaine de l'obésité et de prise en charge du poids.



Nous fournirons également un soutien financier couvrant jusqu'à **20 %** du coût total de votre ordonnance à la pharmacie.

Afin que vous puissiez tirer profit des nombreux avantages du programme **AVANT** de faire exécuter votre ordonnance à la pharmacie, nous vous invitons à vous inscrire au programme en composant le numéro de téléphone ci dessous.



1-855-CNTRAVE
(855-268-7283)

INSTRUCTIONS APRÈS UNE COMMOTION CÉRÉBRALE



9090, boul. Leduc, suite 420
Brossard, Québec, J4Y 0E2
450-693-0323
www.centreup.ca
Fax : 888 780-6081

Nom Jacques Omnimed_test

a été évalué par :

D^r HUBERT-DESCHAMPS MIKAEL

et a reçu un diagnostic de commotion cérébrale.

Si les symptômes suivants apparaissent, présentez-vous à la salle d'Urgence d'un hôpital :

- Perte ou détérioration de l'état de conscience.
- Léthargie profonde ; si vous trouvez que votre enfant est difficile à réveiller ou qu'il est très endormi.
- Vomissements qui persistent.
- Maux de tête qui s'aggravent, surtout s'ils sont localisés.
- Trouble de la vision, de l'audition, de la parole ou de la démarche.
- Changements de comportement (irritabilité persistante chez les jeunes enfants ; augmentation de l'agitation chez les adolescents).
- Convulsions.
- Confusion ou désorientation (ne reconnaît pas les gens ou les lieux).

Si vous avez des préoccupations, obtenez des soins médicaux.

SIGNATURE DU MÉDECIN

PERMIS

2020-08-06

DATE DE CONSULTATION

Valide pour une durée de 4 semaines.

Les signes et les symptômes d'une commotion cérébrale, aussi appelée traumatisme craniocérébral léger (TCCL), durent habituellement de 2 à 4 semaines mais peuvent durer plus longtemps.

Les symptômes fréquents incluent :

- Maux de tête, étourdissements.
- Nausées.
- Fatigue et troubles du sommeil.

D'autres symptômes incluent :

- Changements de comportement (irritabilité, anxiété/stress).
- Trouble de la mémoire, de la concentration et de l'attention.
- Sensibilité à la lumière, aux sons et aux mouvements.

Il est extrêmement important de modifier et de gérer les activités physiques et cognitives jusqu'à ce que l'enfant ou l'adolescent ne présente aucun symptôme. Ceci permettra de réduire les risques de développer des symptômes persistants.

MAUX DE TÊTE

Les médicaments comme l'acétaminophène et/ou l'ibuprofène peuvent être pris pendant 3 à 5 jours au besoin. L'ibuprofène ne doit pas être pris dans les premières 24 heures qui suivent la blessure, à moins d'avis contraire de votre médecin. **Bien lire les étiquettes pour connaître les directives de dosage et les avertissements.** Si ce médicament est encore nécessaire après 3-5 jours, **diminuez-le** à un maximum de **3 doses par semaine**. En cas de doute, consultez votre pédiatre, votre médecin de famille ou votre clinique locale.

RECOMMANDATIONS GÉNÉRALES POUR LA GESTION DES ACTIVITÉS PENDANT LA PÉRIODE DE RÉCUPÉRATION

- N'allez pas à l'école les 2 premiers jours après la commotion cérébrale. À partir de la troisième journée, allez à l'école pendant une ou deux demi-journées. Progresser jusqu'à des journées complètes en fonction de votre tolérance. (*Recommandations académiques détaillées au verso.*)
- Informez le service de garde, l'école, les enseignants et les entraîneurs à propos de la commotion cérébrale et des restrictions en place.
- Pas d'éducation physique ni de sports ou d'autre activité vigoureuse. L'élève ne devrait pas être dans la salle où ces activités sont tenues.
- N'assistez pas aux pratiques sportives ou aux matchs.
- Pas de leçons ou cours de musique, de théâtre ou de danse.
- Pas d'ordinateur ni de jeu vidéo, de texto, de télévision ou de pratique d'un instrument de musique pendant les 2 premiers jours car ces activités peuvent provoquer des maux de tête.
- Des promenades récréatives de 10 à 20 minutes sont permises.
- Favorisez le repos et les pauses.

RECOMMANDATIONS ADDITIONNELLES POUR LES ADOLESCENTS

- Pas de *party* ni de cinéma car le bruit fort et la lumière intense peuvent provoquer des maux de tête.
- Évitez de conduire jusqu'à ce que les symptômes aient disparu.
- Pas de boissons stimulantes, d'alcool, ni de drogues, sous aucun prétexte.

S'il n'y a pas d'amélioration après 10 jours à la suite d'une commotion cérébrale, il est recommandé de consulter : Programme traumatisme craniocérébral léger (TCCL)/Clinique des commotions cérébrales au 514-412-4400 poste 23310. Veuillez noter qu'un formulaire de consultation médicale est requis.



RECOMMANDATIONS POUR L'ÉCOLE APRÈS UNE COMMOTION CÉRÉBRALE

Afin de réduire au minimum les symptômes après une commotion cérébrale, les recommandations suivantes ont été formulées pour diminuer la charge cognitive. Ces recommandations faciliteront la participation de l'élève aux activités scolaires pendant la période de récupération. Des accommodements peuvent être mis en place en fonction des cours ou selon les besoins de l'élève. L'élève et ses parents sont invités à identifier ces accommodements et à en discuter avec la direction de l'école et les enseignants afin d'en assurer la cohérence.

RESTRICTIONS DE PRÉSENCE À L'ÉCOLE

Pas d'école pour 2 jours, puis progressez :

- 1 ou 2 demi-journées, puis journées complètes selon la tolérance.
- Permettre les arrivées tardives ou les départs précoces.

EXAMENS/TESTS

Les élèves qui ont subi une commotion cérébrale peuvent présenter une augmentation des troubles de la mémoire et de l'attention. Des activités exigeantes telles que les examens peuvent significativement augmenter ces troubles et provoquer des maux de tête et de la fatigue, rendant ainsi ces examens plus difficiles. Tant que l'élève éprouve des symptômes, il est recommandé qu'il/elle ne fasse :

- Aucun examen ou test.
- Aucune présentation orale.

RÉDUCTION DE LA CHARGE DE TRAVAIL

Les élèves qui ont subi une commotion cérébrale peuvent nécessiter plus de temps pour compléter leurs

travaux en raison d'une augmentation des troubles de mémoire et d'une diminution de la vitesse d'exécution. Par conséquent, il est recommandé de diminuer la charge cognitive, par exemple : diminuez les devoirs pendant la première semaine et accordez plus de temps pour la remise des projets et des travaux.

PRISE DE NOTES

La prise de notes peut devenir une tâche exigeante en raison des symptômes et des difficultés à faire plusieurs choses en même temps (multitâches). Fournir à l'avance un plan ou des notes de cours afin de faciliter l'organisation du travail et réduire la nécessité des multitâches. Si ce n'est pas possible, permettez à l'élève de photocopier les notes d'un autre élève.

PAUSES

Si les maux de tête s'aggravent en classe, permettez à l'élève de sortir de la classe et d'aller se reposer dans un endroit calme jusqu'à ce que les symptômes aient diminué.

- Permettez autant de pauses qu'il est nécessaire afin de contrôler le niveau des symptômes, par exemple : au besoin, se reposer pendant une période complète entre les cours.
- Permettez à l'élève de quitter la classe avant la fin des cours pour éviter le bruit dans les corridors.
- Permettez à l'élève de manger ailleurs qu'à la cafétéria.
- L'élève ne devrait pas participer ni être présent aux activités parascolaires.

AUTRES ACCOMMODEMENTS/ RESTRICTIONS

- Limitez la lecture, l'utilisation d'ordinateurs et la lecture des tableaux intelligents.
- Permettez l'utilisation de livres sonores si l'élève est très symptomatique pendant la lecture.
- Pas de musique, théâtre ou éducation physique. L'élève ne devrait pas être dans la salle où ces activités sont tenues.
- Permettez à l'élève d'apporter une bouteille d'eau en classe et de porter des lunettes de soleil en cas de sensibilité à la lumière.
- Si le consentement a été donné, permettez la prise d'analgésiques pour soulager les maux de têtes.

APRÈS UNE PÉRIODE DE QUELQUES JOURS D'ABSENCE DE SYMPTÔMES, IL EST IMPORTANT DE REPRENDRE LES ÉVALUATIONS GRADUELLEMENT :

- Accordez plus de temps pour terminer les évaluations.
- Passez les évaluations dans un endroit calme.
- Fractionnez les évaluations en quelques sessions.
- Diminuez la longueur des évaluations.
- Permettez les évaluations à domicile ou à livre ouvert, si possible.
- Autorisez 1 à 2 jours entre les évaluations.
- Utilisez des questions à choix multiples plutôt qu'à développement.

Note : la plupart des élèves auront besoin de ces adaptations pour une période de 2 semaines.

LE RETOUR AUX ACTIVITÉS PHYSIQUES ET AUX SPORTS APRÈS UNE COMMOTION CÉRÉBRALE

Si vous avez subi une commotion cérébrale, il est recommandé de suivre ces étapes avant de reprendre complètement les activités physiques et le sport.

- Vous devez avoir complété la période recommandée de restriction d'activités.
- **Vous ne devriez avoir aucun symptôme depuis quelques jours, ou avoir été conseillé par un médecin ou un spécialiste des commotions cérébrales avant de débiter les étapes suivantes.**
- Une autorisation écrite peut être exigée avant le retour complet aux activités/compétitions.
- Il devrait s'écouler environ 24 heures ou plus entre chaque étape. Si les symptômes réapparaissent à n'importe quel moment, cessez l'entraînement. Reposez-vous jusqu'à ce que les symptômes aient disparu pendant 24 heures. Ensuite, reprenez à l'étape précédente. Si les symptômes ne disparaissent pas ou s'aggravent, consultez un médecin ou un spécialiste en commotion cérébrale.

ÉTAPE 1 EXERCICES LÉGERS DE CONDITIONNEMENT GÉNÉRAL – Effort 50 %

- AUCUN CONTACT.
- Commencez par 5-10 minutes d'échauffement (étirements/flexibilité).
- Enchaînez avec un entraînement cardio de 15-20 minutes pouvant comporter : vélo stationnaire, exercice elliptique, tapis roulant, marche rapide, jogging léger, aviron ou natation.

ÉTAPE 2 CONDITIONNEMENT GÉNÉRAL ET HABILITÉS SPÉCIFIQUES AU SPORT EFFECTUÉES INDIVIDUELLEMENT – Effort 50 %-60 %

- AUCUN CONTACT.
- Commencez par 5-10 minutes d'échauffement (étirements/flexibilité).
- Augmentez l'intensité et la durée de l'entraînement cardio à 20-30 minutes.
- Commencez les exercices d'habiletés spécifiques au sport, mais sans pirouettes, plongeurs ou sauts.

ÉTAPE 3 CONDITIONNEMENT GÉNÉRAL ET HABILITÉS SPÉCIFIQUES EFFECTUÉES AVEC UN COÉQUIPIER – Effort 75 %

- AUCUN CONTACT.
- Augmentez la durée de l'entraînement à 60 minutes. Commencez l'entraînement en résistance en incluant des exercices pour renforcer le cou et le tronc.
- Continuez à pratiquer en solo les exercices d'habileté spécifiques au sport.
- Commencez les exercices avec un coéquipier : lancers, coups de pieds et passes.
- Commencez les pirouettes, les plongeurs et les sauts de niveau débutant.

ÉTAPE 4 CONDITIONNEMENT, HABILITÉS SPÉCIFIQUES, PRATIQUES EN ÉQUIPE – Effort 75 %-90 %

- AUCUN CONTACT. AUCUNE MÊLÉE.

- Reprenez les mêmes durées de pratiques, d'entraînements et de pratiques en équipe qu'avant la blessure.
- Augmentez l'entraînement en résistance et l'intensité des exercices d'habileté spécifiques au sport, tel que requis.
- Rehaussez graduellement le niveau des pirouettes, des plongeurs et des sauts.

Passez à l'étape 5 seulement si un retour complet aux activités cognitives et académiques a été effectué sans mesures d'adaptation.

ÉTAPE 5 PRATIQUE COMPLÈTE AVEC CONTACTS PHYSIQUES – Effort 90 %-100 %

- CONTACTS ET MÊLÉES PERMIS.
- Effectuez une pratique complète. Si vous arrivez à la fin de l'entraînement sans avoir éprouvé de symptômes, discutez avec l'entraîneur de votre retour au jeu.

Avant d'entreprendre l'étape suivante, il faut que :

- Les entraîneurs s'assurent que l'athlète est revenu à son niveau de jeu antérieur à la blessure.
- L'enfant ou l'adolescent ait confiance en ses moyens de retour au jeu.

ÉTAPE 6 RETOUR COMPLET AUX ACTIVITÉS/ COMPÉTITIONS – Effort 100 %

INSTRUCTIONS FOLLOWING A CONCUSSION



centre for
pediatric
emergencies

9090, boul. Leduc, suite 420
Brossard, Québec, J4Y 0E2
450-693-0323
www.centreup.ca
Fax : 888 780-6081

Name Jacques Omnimed_test

has been assessed by:

Dr. HUBERT-DESCHAMPS MIKAEL

and has been diagnosed as having sustained
a concussion.

If any of the following symptoms develop,
seek urgent medical attention in an emergency
department:

- Loss or deterioration in level of consciousness.
- Excessive drowsiness; if you find your child extremely sleepy or difficult to arouse.
- Persistent vomiting.
- Worsening headache, especially if localized.
- Difficulty seeing, hearing, speaking, or walking.
- Behavioral changes (persistent irritability in younger children, increased agitation in teens).
- Seizure.
- Confusion or disorientation (does not recognize people or places).

If you have concerns, please seek medical
attention.

MD SIGNATURE

LICENSE #

Mikael A. Deschamps

2020-08-06

DATE SEEN

Valid for 4 weeks.

The signs and symptoms following a concussion, also known as a mild traumatic brain injury (MTBI), usually improve over a period of 2-4 weeks, but may occasionally last longer.

Common symptoms include:

- Headaches, dizziness.
- Nausea.
- Difficulty sleeping and fatigue.

Other symptoms include:

- Behavioural changes (irritability, anxiety/stress).
- Difficulty with memory, concentration and attention.
- Sensitivity to light, sound and motion.

A period of physical and cognitive activity restrictions until symptoms have fully resolved is extremely important.

This reduces the likelihood of persistent symptoms.

HEADACHES

Acetaminophen and/or ibuprofen can be taken regularly for 3-5 days as needed. Ibuprofen should not be taken within the first 24 hours following the injury unless otherwise advised by your doctor. **Check labels for dosage instructions and warnings.** If still needed after 3-5 days, **reduce** to no more than **3 doses per week**. If in doubt, consult your pediatrician, family doctor or local clinic.

GENERAL ACTIVITY MANAGEMENT AND RECOMMENDATIONS DURING THE RECOVERY PERIOD

- Do not attend school for the first 2 days.
On day 3 return to school for 1 or 2 half- days.
Continue progression to full days as tolerated.
(Please see reverse side for more detailed academic recommendations.)
- Inform daycare, school, teachers, and coaches of the concussion sustained and the restrictions and recommendations in place.
- No gym, sports, or other strenuous activities. The student should not be in the same room during these activities.
- Do not attend sport practices or games.
- Do not attend music, drama, or dance classes.
- No computers, video games, texting, watching television, and playing musical instruments for the first 2 days as these activities may provoke headaches, dizziness, and other symptoms.
- Short leisurely walks of 10-20 minutes are permitted.
- Adequate rest and breaks are encouraged.

ADDITIONAL RECOMMENDATIONS FOR TEENS

- No parties or movies as the excessive noise and light may provoke headaches.
- Avoid driving until symptoms have resolved.
- Absolutely no energy drinks, alcohol or drugs.

If there is no improvement within 10 days following the concussion, further consultation with the:

Mild Traumatic Brain Injury Program (MTBI)/Concussion Clinic is recommended. Please call 514-412-4400 extension 23310.

Please note: A referral from a doctor is required.



ACADEMIC RECOMMENDATIONS FOLLOWING A CONCUSSION

In order to minimize post-concussive symptoms, the following academic recommendations have been implemented to reduce cognitive load. These recommendations will help the student participate in academic activities throughout the recovery period. Accommodations may vary per course as well as according to the individual needs of the student.

The student and parent(s) are encouraged to discuss and determine accommodations with both the school administration and teachers in order to ensure consistency.

ATTENDANCE RESTRICTIONS

No school for 2 days then progress to:

- 1 or 2 half-days, and finally full days as tolerated.
- Allow for late arrival or early departure.

TESTING

Students who have sustained a concussion can experience an increase in memory and attention problems. Highly demanding activities such as testing can significantly increase these symptoms and cause headaches and fatigue subsequently making testing more difficult. While the student is symptomatic, it is recommended that he/she have:

- No exams, tests or quizzes.
- No oral presentations.

WORKLOAD REDUCTION

A concussed student may require more time to complete assignments due to an increase in memory problems and decreased speed of processing. It is therefore recommended to reduce the cognitive load, which may include reducing homework during the first week, and allocating additional time for projects and assignments.

NOTE TAKING

As a result of impaired multitasking abilities and increased symptoms, taking notes may become a difficult task. Provide the student with lecture notes/outlines ahead of time in order to assist with organization and reduce multi-tasking demands. If this is not possible, permit the student to photocopy notes from another student.

BREAKS

If headaches worsen during class time, allow the student to be excused from class in order to seek a quiet area to rest until symptoms have decreased.

- Allow breaks as needed in order to control symptom levels (i.e. rest for an entire period in between classes as needed).
- Allow the student to leave class early to avoid hallway noise.
- Allow the student to eat lunch away from the cafeteria.
- The student should not participate in, or observe extracurricular activities.

OTHER ACCOMMODATIONS/ RESTRICTIONS

- Limit reading, using computers, and looking at smart boards while the student is very symptomatic.
- Allow the use of audio books if the student is very symptomatic while reading.
- No music, drama and physical education. The student should not be in the same room during these activities.
- Allow the student to bring a water bottle to class and wear sunglasses if light-sensitive.
- Students may have been advised to take analgesics for headache management, please allow them to do so if consent has been given.

WHEN THE STUDENT IS SYMPTOM-FREE FOR A FEW DAYS, A GRADUAL APPROACH TO TESTING IS IMPORTANT

- Additional time to complete tests.
- Testing in a quiet environment.
- Allow testing across multiple sessions.
- Reduced length of tests.
- Open book/take home tests when possible.
- Allow 1-2 days between tests.
- Reformat from free response to multiple choice.

Note: Most students will require these accommodations for a period of 2 weeks.

RETURNING TO PHYSICAL ACTIVITY/SPORTS FOLLOWING A CONCUSSION

If you have sustained a concussion, it is recommended to follow these steps before fully returning to physical activity.

- You must complete your recommended period of activity restrictions.
- **You should be symptom-free for a few days and fully returned to cognitive and academic activities; or have been advised by a doctor or a Concussion Specialist before you are ready to start the following progressive steps.**
- Written authorization may be requested prior to a return to full activity/competition.
- There should be approximately 24 hours or longer in between each step. If any symptoms return at any time, stop working out. Rest until you are symptom-free for 24 hours, then return to the previous step. If symptoms do not resolve or get worse, seek the expertise of a doctor or a concussion specialist.

STEP 1 LIGHT GENERAL CONDITIONING EXERCISES - 50% effort

- NO CONTACT.
- Begin with a warm up (stretching/flexibility) for 5-10 minutes.

- Start a cardio workout of 15-20 minutes which can include: stationary bicycle, elliptical, treadmill, fast paced walking, light jog, rowing or swimming.

STEP 2 GENERAL CONDITIONING AND SPORT SPECIFIC SKILL WORK DONE INDIVIDUALLY - 50%-60% effort

- NO CONTACT.
- Begin with a warm up (stretching/flexibility) for 5-10 minutes.
- Increase intensity and duration of cardio workout to 20-30 minutes.
- Begin sport specific skill work within the workout, but no spins, dives or jumps.

STEP 3 GENERAL CONDITIONING, SKILL WORK DONE WITH A TEAM-MATE - 75% effort

- NO CONTACT.
- Increase duration of session to 60 minutes. Begin resistance training including neck and core strengthening exercises.
- Continue practicing sport specific individual skills.
- Begin general shooting, kicking or passing drills with a partner.
- Start beginner level spins, dives and jumps.

STEP 4 GENERAL CONDITIONING, SKILL WORK AND TEAM DRILLS - 75%-90% effort

- NO CONTACT. NO SCRIMMAGES.
- Resume pre-injury duration of practice and team drills.
- Increase resistance training and skill work as required.
- Gradually increase skill level of spins, dives and jumps.

Progress to step 5 only following full return to cognitive and academic activities without accommodations.

STEP 5 FULL PRACTICE WITH BODY CONTACT - 90%-100% effort

- CONTACT. SCRIMMAGES.
- Participate in a full practice. If completed with no symptoms, discuss returning to activity with the coach.

Do not progress until the following is achieved:

- Coaches make sure that the athlete has regained his/her pre-injury skill-level.
- The child or teen is confident in his/her ability to return to activity.

STEP 6 RETURN TO FULL ACTIVITY/ COMPETITION - 100% effort

REQUÊTE DE CYTOLOGIE – GYNÉCOLOGIQUE

Dr Mikael, Hubert-Deschamps	99909910
Rue : 160 rue Pope	Jacques Omnimed_test
Ville : Cookshire Tél. : 800 567-4808	OMNJ11111111 (2701) Sexe: M DDN:11-11-1911
N° permis : (4502324)	1 Rue Alpha La Ligne 2 Btown, QC, A1A1A1 M: 819 111-2233 T: 819 111-3322 Ext:

Date du prélèvement : (AA / MM / JJ)	<input type="checkbox"/> Urgent <input type="checkbox"/> Dépistage/Routine <input type="checkbox"/> Colposcopie
--------------------------------------	---

ORIGINE DU SPÉCIMEN
<input type="checkbox"/> Col – endocol <input type="checkbox"/> Vagin <input type="checkbox"/> Vulve <input type="checkbox"/> Autre, préciser :

TYPE DE PRÉLÈVEMENT
<input type="checkbox"/> Cytologie conventionnelle <input type="checkbox"/> Milieu liquide <input type="checkbox"/> Cytobrosse <input type="checkbox"/> Autre, préciser :

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES PERTINENTS
DATE DES DERNIÈRES MENSTRUATIONS (AA / MM / JJ) :
CYTOLOGIE ANORMALE ANTÉRIEURE <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui : date (AA / MM / JJ) diagnostic :
CHIRURGIE ANTÉRIEURE <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui : date (AA / MM / JJ) préciser : <input type="checkbox"/> HAT <input type="checkbox"/> H partielle <input type="checkbox"/> autre, préciser :
CHIMIOTHÉRAPIE <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui : date : (AA / MM / JJ) TRAITEMENT AU LASER <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui date : (AA / MM / JJ)
RADIOTHÉRAPIE <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui : date : (AA / MM / JJ) HORMONOTHÉRAPIE / C.O. en cours <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui
CRYOTHÉRAPIE <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui : date : (AA / MM / JJ) VACCIN VPH REÇU <input type="checkbox"/>
Enceinte <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui Post-partum <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui D.I.U. (stérilet) <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui
Ménopausée <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui Saignement post. ménopause <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui
Condylomes <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui Test HPV-PCR <input type="checkbox"/> positif <input type="checkbox"/> négatif <input type="checkbox"/> non disponible / non fait

Autres renseignements cliniques

RÉSERVÉ AU LABORATOIRE CYTODIAGNOSTIC		
	Lames	Bloc
Type de spécimen : _____ Date : _____ No cytologie _____		
<input type="checkbox"/> Bénin <input type="checkbox"/> Atypique <input type="checkbox"/> Malin <input type="checkbox"/> Non satisfaisant		
Remarques :		
Cytotechnologiste _____	Date _____	Anatomopathologiste _____ M.D.

ECHANTILLON/SAMPLE

SYSTÈME DE PRÉLÈVEMENT DE CYTOLOGIE LIQUIDE/ LIQUID BASED SPECIMEN COLLECTION

 COBAS PCR CELL COLLECTION MEDIA AUTRE (SPÉCIFIER) / OTHER (SPECIFY)

 DATE (AAAA-MM-JJ) HEURE (H : MIN) /
 DATE (YYYY-MM-DD) TIME (H : MIN)

 NOM / PRÉNOM DU PRÉLEVEUR (LISIBLE) / LAST / FIRST NAME OF
 SAMPLE COLLECTOR (READABLE)

PRESCRIPTEUR/PREScriBER

PRESCRIPTEUR AUTORISÉ/ AUTHORIZED PRESCRIBER

Mikael, Hubert-Deschamps

4502324

(NOM ET PRÉNOM LISIBLES) / (READABLE LAST AND FIRST NAME)

ID, PERMIS/LICENCE

PROVENANCE

Omnimed, 160 rue Pope Cookshire, Québec J0B 1M0, 800 567-4808

 ADRESSE COMPLÈTE - TÉL. - LIEU DE RETOUR DES RÉSULTATS SI DIFFÉRENT/COMPLETE ADDRESS-
 PHONE - RETURN ADDRESS IF DIFFERENT

**À VÉRIFIER AVANT L'ENVOI AU LABORATOIRE DÉSIGNÉ/TO BE CHECKED
 BEFORE SENDING**
L'ENVOI DOIT CONTENIR / THE SHIPPING MUST CONTAIN :

- LE FORMULAIRE DE DEMANDE D'ANALYSE COMPLET/THE COMPLETE ANALYSIS APPLICATION FORM
- LE SYSTÈME DE PRÉLÈVEMENT DE CYTOLOGIE LIQUIDE/ THE LIQUID BASED SPECIMEN COLLECTION
- LA COPIE DU RAPPORT DE CYTOLOGIE (PAP TEST)/ THE COPY OF THE CYTOLOGY REPORT (PAP TEST)
- PATIENTE SUIVIE EN CLINIQUE DE COLPOSCOPIE (RAPPORT CYTOLOGIQUE NON REQUIS)

 * DOUBLE IDENTIFICATION (REQUÊTE ET ECHANTILLON) OBLIGATOIRE /
 DOUBLE IDENTIFICATION (FORM AND SAMPLE) REQUIRED
 N° RAMQ OU DATE DE NAISSANCE ET SEXE /HEALTH INS. N° OR BIRTH DATE AND SEX

OMNJ111111111

 NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE
 HEALTH INS. NUMBER

1911 / 11 / 11

 *DATE DE NAISSANCE (AAAA/MM/JJ)
 BIRTH DATE (YYYY/MM/DD)

 *SEXE/SEX F M

Omnimed_test

Jacques

 *NOM (IDENTIFIANT UNIQUE)
 LAST NAME

 *PRÉNOM
 FIRST NAME

1 Rue Alpha, Btown

QC

 ADRESSE (RUE, VILLE)
 ADDRESS (STREET, CITY)

PROVINCE

A1A1A1

819 111-2233

CODE POSTAL / ZIP CODE

TELEPHONE /PHONE

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES (SI PERTINENT)/CLINICAL INFORMATION (IF APPLICABLE)

ATTENTION : TOUTE DEMANDE NE REPONDANT PAS AUX CRITÈRES DE DÉTECTION DU VIRUS DU PAPILLOME HUMAIN (HAUT RISQUE) (ENUMÉRÉS CI-DESSOUS) OU TOUTE DEMANDE NE REPONDANT PAS À LA NORME DE LA DOUBLE-IDENTIFICATION DU SPÉCIMEN EST SUJETTE AU REJET. / *PATIENTE DE 30 ANS ET PLUS AYANT UN FROTTIS CYTOLOGIQUE DU COL UTERIN DEMONTRANT DES ALTERATIONS CELLULAIRES DE SIGNIFICATION INDÉTERMINÉE (ASC-US) OU PATIENTE SUIVIE EN CLINIQUE DE COLPOSCOPIE.
WARNING : ANY REQUEST NOT MEETING THE CRITERIA FOR DETECTION OF HUMAN PAPILLOMA VIRUS HIGH RISK (LISTED BELOW) OR ANY REQUEST THAT DOES NOT MEET THE STANDARD OF DOUBLE IDENTIFICATION OF THE SPECIMEN IS SUBJECT TO REJECTION / *WOMAN OF 30 Y.O. AND OLDER SHOWING ATYPICAL CELLS OF UNDETERMINED SIGNIFICANCE (ASC-US) ON CERVICAL SMEAR OR PATIENT FOLLOWED UP BY COLPOSCOPY CLINIC.
**DÉTECTION DES VIRUS DU PAPILLOME HUMAIN À HAUT RISQUE (VPH HR)/
 HIGH RISK HUMAN PAPILLOMA VIRUS DETECTION (HPV HR)**

- TRIAGE D'UNE CYTOLOGIE PAP AVEC ASC-US POUR UNE FEMME DE 30 ANS ET PLUS / ASC-US PAP SMEAR TRIAGE FOR A WOMAN OF 30 Y.O. AND OLDER
- SUIVI À 12 MOIS D'UN ASC-US AVEC PREMIÈRE COLPOSCOPIE NORMALE / FOLLOW UP AT FIRST NORMAL COLPOSCOPY (12 MONTH)
- SUIVI POST-TRAITEMENT LIGÉ (CIN2, 3) (12-24 MOIS) / FOLLOW UP TREATED PATIENT NIC2, 3 (12-24 MONTH)

COMMENTAIRES / COMMENTS

DÉTECTION DU VPH (HAUT RISQUE) / HPV DETECTION (HIGH RISK)

PROVENANCE :

PRESCRIPTEUR : RENSEIGNEMENTS OBLIGATOIRES Nom, prénom : Mikael, Hubert-Deschamps N° permis : 4502324 Adresse de retour : Omnimed 160 rue Pope, Cookshire, J0B 1M0 et no téléphone : 800 567-4808 Fax: 888 780-6081 Signature : _____ Date : <u>06 / 08 / 2020</u> Renseignements cliniques : _____	Nom : Omnimed_test Prénom : Jacques No RAMQ ou : OMNJ11111111 No Dossier CHUM : _____ <div style="text-align: right;">PRÉLÈVEMENT</div> Date : ____/____/____ Heure : _____ Prélevé par : _____
---	---

BIOCHIMIE (Sang)	Médicaments	MICROBIOLOGIE	
<i>Tube doré-gel par encadré</i> <input type="checkbox"/> Albumine (ALB) <input type="checkbox"/> ALT (ALT) <input type="checkbox"/> Bilirubine totale (BILT) <input type="checkbox"/> Calcium total (CA) <input type="checkbox"/> Cholestérol-HDL (BL) (HDL) <i>(Jeûne de 12 h / 48 h sans alcool)</i> <input type="checkbox"/> Cholestérol total (CHOL) <input type="checkbox"/> CO2 (CO2) <input type="checkbox"/> Créatine kinase (CK) <input type="checkbox"/> Créatinine (CREA) <input type="checkbox"/> Fer (FE) <input type="checkbox"/> Glucose (GLU) (Jeûne de 8 h) <input type="checkbox"/> Phosphatase alcaline (ALP) <input type="checkbox"/> Potassium (K) <input type="checkbox"/> Protéines totales (PROT) <input type="checkbox"/> Sodium (NA) <input type="checkbox"/> Transferrine / % saturation (F.) <input type="checkbox"/> Triglycérides (TRIG) <i>(Jeûne de 12 h / 48 h sans alcool)</i> <input type="checkbox"/> Antigène prostatique spécifique (PSA) <input type="checkbox"/> Ferritine (FERRI) <input type="checkbox"/> β-hCG quantitatif (BHCG) <input type="checkbox"/> Cortisol (CORT) : am ____ pm ____ <input type="checkbox"/> FSH (FSH) <input type="checkbox"/> LH (LH) <input type="checkbox"/> Oestradiol (OEST) <input type="checkbox"/> Progestérone (PROG) <input type="checkbox"/> TSH (TSH) <input type="checkbox"/> Électropho. des protéines (EPROT) <input type="checkbox"/> Hyperglycémie (post 50 g) (GLUP50) <input type="checkbox"/> Hyperglycémie (post 75 g) (Tube gris) <input type="checkbox"/> Immunoglobuline IgA (IGA) <input type="checkbox"/> Immunoglobuline IgG (IGG) <input type="checkbox"/> Immunoglobuline IgM (IGM) <input type="checkbox"/> Immunoglobuline IgE (IGE) <input type="checkbox"/> Protéine C Réactive <input type="checkbox"/> Testostérone totale (TEST) <i>Tube lavande</i> <input type="checkbox"/> Hémoglobine glyquée (HBG)	<i>Tube rouge pour l'ensemble des tests</i> <input type="checkbox"/> Acide valproïque (VALP) <input type="checkbox"/> Carbamazépine (CARB) <input type="checkbox"/> Digoxine (DIG) <input type="checkbox"/> Lithium (LI) <input type="checkbox"/> Phénytoïne (PHE) <div style="text-align: center;">Selles</div> <i>Trousse disponible au laboratoire</i> <input type="checkbox"/> Recherche de sang occulte (RSOSI) <div style="text-align: center;">Urine (miction)</div> <i>Tube conique</i> <input type="checkbox"/> Analyse d'urine (AU) <input type="checkbox"/> Microalbuminurie (MALBM) <input type="checkbox"/> Test de grossesse (TGRX) <div style="text-align: center;">Urine (collecte)</div> <input type="checkbox"/> Clearance de la créatinine (CCRE) <input type="checkbox"/> Cortisol* (CORT24) <input type="checkbox"/> Électrolytes (NA24-K24-CL24) <input type="checkbox"/> Électrophorèse des protéines (EPROTU) <input type="checkbox"/> Microalbuminurie (MALB24) <input type="checkbox"/> Protéines totales (PROT24) <div style="text-align: center;">HÉMATOLOGIE</div> <i>Tube lavande pour l'ensemble des tests</i> <input type="checkbox"/> FSC (FSC) <input type="checkbox"/> Frottis sanguin* (FROTTIS) <div style="text-align: center;"><i>*Renseignements cliniques obligatoires</i></div> <input type="checkbox"/> Malaria dépistage (MALARIA) <input type="checkbox"/> Vitesse de sédimentation (VS) <i>Tube doré-gel pour l'ensemble des tests</i> <input type="checkbox"/> Acide folique (ACFOL) <input type="checkbox"/> Vitamine B12 (B12) <i>Tube lavande</i> <input type="checkbox"/> Bilan d'immunodéficience (BI) <i>Tube lavande</i> <input type="checkbox"/> Étude de l'hémoglobine (EHB) <i>Tubes lavande et bleu</i> <input type="checkbox"/> Coagulogramme (COAG) <i>Tube bleu</i> <input type="checkbox"/> Temps de prothrombine INR (TP) <i>Prise d'anticoagulant : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</i> <i>Lequel : _____</i>	<input type="checkbox"/> Réserve de sérum (COLL) <div style="text-align: center;">Hépatite A</div> <i>Tube doré-gel pour l'ensemble des tests</i> <input type="checkbox"/> Anti-HAV total (HAV) <input type="checkbox"/> Anti-HAV IgM (HAVM) <div style="text-align: center;">Hépatite B</div> <input type="checkbox"/> Anti-HBc (ANTIHBc) <input type="checkbox"/> Anti-HBc-IgM (ANTIHBcM) <input type="checkbox"/> HBeAg (HBEAG) <input type="checkbox"/> Anti-HBe (ANTIHBcE) <input type="checkbox"/> HBsAg (HBSAG) <input type="checkbox"/> Anti-HBs (ANTIHBs) <div style="text-align: center;">Hépatite D</div> <input type="checkbox"/> Anti-Delta (DELTA) <div style="text-align: center;">Hépatite B ADN</div> <input type="checkbox"/> VHB-ADN (HBVDNA) (Tube lavande) <div style="text-align: center;">Hépatite C</div> <input type="checkbox"/> Anti-VHC (HCV) (Tube doré-gel) <i>Tube doré-gel</i> <input type="checkbox"/> VHC-ARN (HCVARN) (qualitatif) <i>2 Tubes doré-gel</i> <input type="checkbox"/> Charge virale VHC (quantitatif) * (CVHCV) <input type="checkbox"/> Prétraitement <input type="checkbox"/> ____ semaines traitement <div style="text-align: center;"><i>* Contexte clinique obligatoire pour la charge virale du VHC</i></div> <input type="checkbox"/> Génotype (HCVG) (Tube doré-gel) <div style="text-align: center;">Charge virale VIH</div> <i>2 Tubes lavande</i> <input type="checkbox"/> Charge virale VIH (CVVIH) <div style="text-align: center;">Charge virale CMV</div> <i>Tube lavande</i> <input type="checkbox"/> Charge virale CMV (CMVPCR)	<div style="text-align: center;">Antigène sérique</div> <i>Tube doré-gel</i> <input type="checkbox"/> Cryptococcus (CRYPTO) <div style="text-align: center;">Sérologie</div> <i>Tube doré-gel pour l'ensemble des tests</i> <input type="checkbox"/> Epstein-Barr anticorps (EBV) <input type="checkbox"/> Herpès anticorps IgG (HSVg) <input type="checkbox"/> Syphilis: dépistage (SYPHD) <input type="checkbox"/> Syphilis: suivi (SYPHS) <input type="checkbox"/> Varicella anticorps (VZG) <i>Tube doré-gel pour l'ensemble des tests</i> <input type="checkbox"/> CMV anticorps IgG (CMVG) <input type="checkbox"/> CMV anticorps IgM (CMVM) <input type="checkbox"/> Rubéole anticorps IgG (RUB) <input type="checkbox"/> Toxoplasmose anticorps IgG (TOXO) <i>Tube doré-gel</i> <input type="checkbox"/> Antistreptolysine (ASO) <i>Tube doré-gel</i> <input type="checkbox"/> Anti-VIH - Ag-p24 (VIH) <i>Tube doré-gel</i> <input type="checkbox"/> Monotest (MONOT) <div style="text-align: center;">VPH (Papillomavirus)</div> <i>Milieu de transport disponible au laboratoire</i> <input type="checkbox"/> VPH ADN (HPVDNA) <div style="text-align: center;">Chlamydia/Gonorrhée</div> <i>Milieu de transport (UPT) disponible au laboratoire</i> <input type="checkbox"/> Chlamydia / Gono (urine) (CGURI) <i>Écouvillon urétral ou endocervical disponible au laboratoire</i> <input type="checkbox"/> Chlamydia / Gono gorge (CTNGG) <input type="checkbox"/> Chlamydia / Gono urètre (CTNGU) <input type="checkbox"/> Chlamydia / Gono anus (CTNGA) <input type="checkbox"/> Chlamydia / Gono col (CTNGC)
		Autre(s) analyse(s):	
		<input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____	

PROVENANCE :

NOM : Omnimed_test

PRESCRIPTEUR : RENSEIGNEMENTS OBLIGATOIRES

Nom, prénom : Mikael, Hubert-Deschamps

PRÉNOM : Jacques

N° permis : 4502324

N° RAMQ ou

Adresse de retour et n° de téléphone :
Omnimed
160 rue Pope Cookshire, Québec J0B 1M0
819 111-2233

N° Dossier CHUM

OMNJ11111111

Signature :

Date : 06 / 08 / 2020

Renseignements cliniques :

Neutropénie

PRÉLÈVEMENT

DATE : ____/____/____ HEURE : ____

PRÉLEVÉ PAR : _____

COCHER OBLIGATOIREMENT LA NATURE ET LE SITE, SPÉCIFIER AU BESOIN LORSQUE * , INDIQUER DROIT - GAUCHE

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Anus | <input type="checkbox"/> Hémoculture Myco / F Lytic | <input type="checkbox"/> Oreille * |
| <input type="checkbox"/> Aspirations / sécrétions bronchiques | <input type="checkbox"/> Humeur vitrée * | <input type="checkbox"/> Pus superficiel * |
| <input type="checkbox"/> Biopsie * | <input type="checkbox"/> Lavage broncho-alvéolaire (LBA) | <input type="checkbox"/> Pus et abcès profond * |
| <input type="checkbox"/> Bile | <input type="checkbox"/> Liquide céphalo-rachidien (LCR) | <input type="checkbox"/> Sécrétions oculaires * |
| <input type="checkbox"/> Cathéter intra vasculaire * | <input type="checkbox"/> Liquide d'ascite | <input type="checkbox"/> Sécrétions endotrachéales |
| <input type="checkbox"/> Cathéter dérivation ventriculaire * | <input type="checkbox"/> Liquide articulaire * | <input type="checkbox"/> Sécrétions vaginales |
| <input type="checkbox"/> Cheveu | <input type="checkbox"/> Liquide de bourse* | <input type="checkbox"/> Sécrétions urétrales |
| <input type="checkbox"/> Col | <input type="checkbox"/> Liquide péricardique | <input type="checkbox"/> Selles |
| <input type="checkbox"/> Cornée * | <input type="checkbox"/> Liquide péritonéal | <input type="checkbox"/> Sinus lavage * |
| <input type="checkbox"/> Corps étranger * | <input type="checkbox"/> Liquide pleural * | <input type="checkbox"/> Squames * |
| <input type="checkbox"/> Dialysat | <input type="checkbox"/> Moelle osseuse | <input type="checkbox"/> Souche |
| <input type="checkbox"/> Écouvillon rectal (dépistage) | <input type="checkbox"/> Nasopharynx | <input type="checkbox"/> Urine |
| <input type="checkbox"/> Expectorations | <input type="checkbox"/> Nez | <input type="checkbox"/> Urine spéciale (spécifier) |
| <input type="checkbox"/> Gorge | <input type="checkbox"/> Ongles | <input type="checkbox"/> Vésicule-Pustule * |
| <input type="checkbox"/> Hémoculture | <input type="checkbox"/> Os* | <input type="checkbox"/> Autre (spécifier) |

COCHER OBLIGATOIREMENT LE OU LES EXAMENS REQUIS

BACTÉRIOLOGIE

- Culture bactérienne de routine
- Neisseria gonorrhoeae* (culture)
- Streptocoque du groupe B* (dépistage grossesse)

MICROBIOLOGIE MOLÉCULAIRE DÉPISTAGE

- ERV
- SARM nez gorge Urine
- Autre (spécifier) :

MYCOLOGIE

- Ag galactomanane (sécrétions bronchiques)
- Levures
- Mycoses superficielles
- Mycoses profondes

MYCOBACTÉRIOLOGIE

- Culture de mycobactéries
- PCR TB.
- Ziehl stat (discuter avec un microbiologiste)

VIROLOGIE

- Culture virale *Herpes simplex* **
- Culture virale générale **
- Immunofluorescence directe **
- Influenza A/B (PCR)
- Autres virus respiratoires (PCR)
- HSV PCR VZV PCR
- VPH Virus JC/BK (Polyome humain)
- Autre (spécifier) :

** Spécifier le diagnostic / virus :

PARASITOLOGIE

- Cryptosporidium*
- Microsporidium*
- Pneumocystis jiroveci*
- Recherche générale dans les selles
- Recherche dans le sang
- Malaria Filaires
- Autre (spécifier) :

AUTRES

- Antigène *Legionella* urinaire
- Chlamydia
- Chlam / Gono
- Helicobacter pylori* (culture)
- Mycoplasma / Ureaplasma*
- Recherche de *Clostridium difficile*

Si le patient n'a pas de dossier au CHUM, il doit remplir ce formulaire peu importe la demande d'examen.

UNITÉ DE RÉSONANCE MAGNÉTIQUE

1560, rue Sherbrooke Est, Montréal (Québec) H2L 4M1
Téléphone : (514) 890-8250 Télécopieur : (514) 412-7549

Renseignements obligatoires pour les demandes de résonance magnétique

Par souci d'efficacité, nous fixons les rendez-vous de résonance magnétique par courrier. Aussi, nous vous prions d'inclure sur votre demande les renseignements suivants :

PARTIE 1 : À COMPLÉTER EN TOUT TEMPS

N° de dossier, Hôpital Notre-Dame (s'il y a lieu): _____
N° d'assurance-maladie : OMNJ11111111 expiration : 2027/01
Nom à la naissance : Omnimed test Prénom : Jacques
Nom porté (si mariée) : _____
Date de naissance : 1911-11-11 Âge : 108
Adresse : 1 Rue Alpha La Ligne 2
Municipalité : Btown Comté (provincial) : QC
Code postal : A1A1A1
Téléphones : à domicile : 819 111-2233 au travail : 819 111-3322 x
Prénom du père : Mario 1 Nom et prénom de la mère : Test Maude
Nom du médecin référant : Hubert-Deschamps Mikael **N° permis** : 4502324
Adresse : 160 rue Pope, Cookshire **Code postal** : JOB 1M0

PARTIE 2 : À COMPLÉTER POUR LES PATIENTS DE C.S.S.T.

Date de l'accident : _____
Nom de l'employeur : _____
Adresse de l'employeur : _____
Téléphone de l'employeur : _____
N° de dossier de C.S.S.T. : _____

Ces renseignements sont essentiels afin de communiquer avec votre patient et de vous faire parvenir le rapport radiologique dans les plus brefs délais possibles.

Nous vous remercions de votre collaboration.

L'UNITÉ DE RÉSONANCE MAGNÉTIQUE

#99909910

Jacques Omnimed_test

1 Rue Alpha App:La Ligne 2

Btown, QC

M : 819 111-2233

OMNJ11111111

2020/06/20

HUBERT-DESCHAMPS MIKAEL

2020 06 20

HUBERT-DESCHAMPS MIKAEL



CHU Sainte-Justine
Le centre hospitalier
universitaire mère-enfant

Université 
de Montréal



HSJ-0964



DEMANDE DE CONSULTATION CENTRE DE DIAGNOSTIC PRÉNATAL (CDP)

FAX : 514-345-7736

Date de la demande:

Important : Veuillez noter que, lors de l'investigation de votre patiente au CDP, celle-ci sera appelée à rencontrer différents spécialistes tels que, généticiens, spécialistes en médecine foeto-maternelle, radiologistes et autres spécialités selon le diagnostic. Il est important d'en aviser votre patiente.

Si vous désirez une deuxième échographie pour une deuxième opinion suite à une échographie faite à l'extérieur, veuillez nous mentionner si vous désirez ou pas une consultation avec les spécialistes du CDP (Centre de Diagnostic Prénatal) en cas de résultat anormal ou inattendu.

Un agent communiquera avec votre patiente pour lui céder un rendez-vous.

RENSEIGNEMENTS : PATIENTE

Nom: Omnimed_test Prénom: Jacques

(EN LETTRE MOULÉE S.V.P)

RAMQ : OMNJ11111111 Exp. : 2027/01 DDN : 1911 / 11 / 11

Connue au CHU Ste-Justine : Oui Non : → **si oui** → # Dossier : _____

Grossesse actuelle : DDM : _____ DPA : _____ # Sem : _____

Adresse (complète) : 1 Rue Alpha, App. La Ligne 2, Btown, QC, A1A1A1

Tél. : Cell. 819 111-3322 2° Tél. : Maison : 819 111-2233

Nom de la mère de la patiente: Test Prénom: Maude

Nom du partenaire (conjoint(e)) : _____ Prénom: _____

Adresse courriel : jacques.omnimedtest@omnimed.com

RENSEIGNEMENTS : MÉDECIN ET CENTRE RÉFÉRENT

Médecin référent : Hubert-Deschamps Mikael No de pratique : 4502324

(EN LETTRE MOULÉE S.V.P)

Ligne privée svp : _____ FAX : _____ Page ou Cell. : _____

Centre référent (clinique) : Omnimed **Patiente au courant :** Oui Non

Raison de consultation : _____

Qui doit-on contacter pour donner le rendez-vous? Médecin Patiente

DEMANDE D'EXAMEN RADIOLOGIQUE

Numéro de dossier : 99909910

NOM : Omnimed_test

Prénom : Jacques

Numéro d'assurance maladie : OMNJ11111111

Date de naissance : 1911/11/11

Adresse : 1 Rue Alpha La Ligne 2, Btown, QC, A1A1A1

Numéro de téléphone :

M : 819 111-2233

T : 819 111-3322 ext. :

TRÈS IMPORTANT	URGENT	<input type="checkbox"/>	ÉLECTIF	<input type="checkbox"/>
Veuillez vous présenter avec ce formulaire et votre carte d'assurance maladie la journée de votre visite.		RENDEZ-VOUS LE : _____		HEURE : _____

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES OBLIGATOIRES :

PATIENTE ENCEINTE	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	CSST	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	SAAQ	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non
--------------------------	--------------------------	-----	--------------------------	-----	-------------	--------------------------	-----	--------------------------	-----	-------------	--------------------------	-----	--------------------------	-----

_____ SIGNATURE DU MÉDECIN REQUÉRANT	_____ SI COPIE REQUISE À UN AUTRE MÉDECIN	2020/08/06 DATE
--	---	---------------------------

TÊTE ET COU			
Articulation temporo-mandibulaire			
Cavum/tissus mous cou			
Crâne			
Maxillaire inférieur			
Massif facial			
Nez			
Orbite	D	G	
Sinus			

COLONNE ET BASSIN			
Cervicale			
Dorsale			
Lombo-sacrée			
Articulations sacro-iliaques			
Sacrum			
Coccyx			
Série scoliothique			
Bassin			
Hanche	D	G	

MEMBRES INFÉRIEURS						
Cochez le côté désiré					D	G
Fémur						
Genou						
Rotule						
Jambe						
Cheville						
Pied						
Talon						
Orteil						
1	2	3	4	5		

MEMBRES SUPÉRIEURS				
Cochez le côté désiré			D	G
Articulation acromio-claviculaire				
Clavicule				
Épaule				
Omoplate				
Humérus				
Coude				
Avant-bras				
Poignet				
main				
Doigt				
1	2	3	4	5

THORAX ET CONTENU			
Articulations sterno-claviculaires			
Hémi-thorax D			
Hémi-thorax G			
Poumons			
Poumons 3 incidences (expiration forcée)			
Sternum			

ABDOMEN			
Abdomen simple			
Abdomen incidences multiples			

ÉTUDE DU SQUELETTE			
Âge osseux			
Scanographie			
Série métastatique			

AUTRES			

ÉVALUATION DU RISQUE DE CHUTE				
Votre état de santé s'est-il détérioré récemment?		Oui		Non
Avez-vous fait une chute récemment?		Oui		Non
A votre connaissance, prenez-vous des médicaments qui peuvent affecter votre équilibre?		Oui		Non



DEMANDE DE CONSULTATION

NUMÉROS DE TÉLÉPHONE DU CLIENT :

Domicile : 819 111-2233 travail : 819 111-3322 Ext: cell : 819 111-3322

À COMPLÉTER PAR LE MÉDECIN RÉFÉRANT (section 1 ou 2)

Section 1 Condition subaiguë

Identifier la condition subaiguë : _____

Section 2

Consultation en spécialité clinique : _____

Pour les cas semi-urgents seulement (cochez) : 48-72 heures 1 semaine 2 semaines

Examens diagnostiques faits : (copies jointes ou faits CSL)

Justifications cliniques : _____

Identification COMPLÈTE de la provenance

Estampe ou lettres moulées

Signature : _____

No du permis : 4502324 Date : 06-08-2020

IDENTIFICATION Hubert-Deschamps Mikael

Omnimed

160 rue Pope

Cookshire, Québec, J0B 1M0

T:800 567-4808 F:888 780-6081

ACHEMINER VOTRE REQUÊTE PAR TÉLÉCOPIEUR : (450) 975-5350

(Téléphone : 450-975-5343)

À L'USAGE EXCLUSIF DU CSSS LAVAL

PRIORISÉ PAR :		DATE :	
SEMI-URGENT <input type="checkbox"/> CSL <input type="checkbox"/> CARL	PRIORITÉ # 1 <input type="checkbox"/> CSL <input type="checkbox"/> CARL	PRIORITÉ # 2 <input type="checkbox"/> CSL <input type="checkbox"/> CARL	
DÉLAI :			
AU BUREAU <input type="checkbox"/>	DIRIGER DEMANDE VERS		
RETOURNER LA DEMANDE À L'EXPÉDITEUR <input type="checkbox"/> Illisible <input type="checkbox"/> Incomplète <input type="checkbox"/> Autre _____			
Date retour de priorisation : _____		Date initiale de réception à la CRV : _____	

99909910

Jacques Omnimed_test

OMNJ1111111

(2701)

Sexe: M

DDN: 11-11-1911

1 Rue Alpha La Ligne 2

Btown, QC, A1A1A1

Cell. 819 111-3322

M : 819 111-2233

Père : Mario 1 Test

Mère : Maude Test

Omnimed

160 rue Pope

Cookshire, Québec, J0B 1M0

800 567-4808

Fax : 888 780-6081

**REQUÊTE D'EXAMEN
ANATOMO-PATHOLOGIE**

Nom du médecin : Hubert-Deschamps Mikael (4502324)

Date de la demande : 06-08-2020

Diagnostic préopératoire : _____

Diagnostic post-opératoire : _____

Renseignements cliniques et constatations per opératoires : _____

PIÈCES PRÉLEVÉES _____

RÉSERVÉ À L'USAGE DU LABORATOIRE

laboratoire

BIOPSIE PROSTATIQUE

BX ANT. # _____

APS _____

VOLUME _____

RATIO L/T _____

APSD _____

TR _____

TRUS _____

Nom, prénom: **Omnimed_test, Jacques**

NAM: OMNJ11111111 (2701)

11-11-1911

Sexe: M

1 Rue Alpha La Ligne 2

Btown, QC, A1A1A1

Cell. 819 111-3322

M : 819 111-2233

IMAGERIE MÉDICALE

Avis aux médecins:

NE PAS ENVOYER CE FORMULAIRE PAR TÉLÉCOPIEUR

Remettre la requête au patient afin qu'il se présente
sans rendez-vous

au CARL, au CLSC Ste-Rose ou à la Cité de la Santé

Section obligatoire à compléter par le médecin responsable

Renseignements cliniques : _____

Patiente enceinte _____ sem.

Signature: _____ # de licence obligatoire: **4502324** (Hubert-Deschamps Mikael)

Date: 06-08-2020

Adresse: 160 rue Pope, Cookshire, Québec, J0B 1M0
800 567-4808

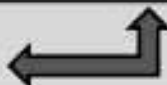
Fax. : 888 780-6081

RADIOGRAPHIE STANDARD

Vous devez vous présenter au CARL pour

un des trois examens ci-dessous

- Série métastatique
- Série articulaire
- Série rhumatoïde



- Poumons
- Abdomen
- Scanographie M.I.
- Âge osseux
- Crâne
- Sinus
- Massif facial
- Orbites
- Nez
- Maxillaire supérieur
- Maxillaire inférieur
- Panorex (Examen fait à la CSL seulement)
- Tissus mous du cou
- Colonne cervicale
- Colonne dorsale
- Colonne lombo-sacrée
- Sacrum / coccyx
- Art. sacro-iliaques
- Bassin
- Autres: _____

D **G**

	D	G
<input type="checkbox"/> Grand axe monopodal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> (Fait à la CSL)
<input type="checkbox"/> Hanche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Fémur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Hanche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Fémur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Genou	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Rotule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Jambe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Cheville	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Pied	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Calcanéum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Orteil: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Art. acromio-claviculaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Clavicule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Omoplate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Épaule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Humérus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Coude	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Avant-bras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Poignet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Main	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Doigt: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SANS RENDEZ-VOUS

Présentez-vous soit au CARL, au CLSC Ste-Rose ou à la Cité de la Santé du lundi au vendredi entre 8h00 et 15h00

(450) 975-5530 IMPORTANT: Vous devez apporter la requête originale lors de votre visite



Par souci pour l'environnement, nous vous prions d'apporter un sac pour ranger vos vêtements

ADRESSE DES ENDROITS DÉSIGNÉS

IMPORTANT: Votre demande en est une qui se fait en service ambulatoire. Alors, présentez-vous au **CARL** ou au **CLSC St-Rose**, l'examen sera complété plus rapidement que s'il est effectué à l'hôpital. Présentez-vous entre 8h00 et 15h00 avec votre requête d'examen.

CARL ↓

Imagerie Médicale
1515, boul Chomedey #N106
Chomedey, Laval, QC
H7V 3Y7
Fermé entre 11h30 à 13h00

CLSC Ste Rose ↓

Imagerie Médicale
280, boul du Roi-du-Nord #1622
Ste-Rose, Laval, QC
H7L 4L2
Fermé entre 12h00 à 13h00

Cité de la Santé ↓

Imagerie Médicale
1755, boul René-Laennec #RC220
Vimont, Laval, QC
H7M 3L9

- ⇒ (450) 975-5530 **IMPORTANT:** Vous devez apporter la requête originale lors de votre visite
- ⇒ Pour les examens de scan, échographie ou fluoroscopie, utiliser le formulaire approprié (CSL # 69-750-589)
- ⇒ Pour les examens de résonance magnétique, utiliser le formulaire approprié (CSL # 64-610-010)
- ⇒ Pour les examens en mammographie, utiliser le formulaire approprié (CSL # 69-750-585)
- 😊 Par souci pour l'environnement, nous vous prions d'apporter un sac pour ranger vos vêtements

Hôpital de la Cité-de-la-Santé

IMAGERIE MÉDICALE
Avis aux médecins:

Faire parvenir la demande par télécopieur au 450-975-5040
Remettre la requête originale au patient et l'aviser qu'il ne
doit pas téléphoner, car le personnel de l'imagerie Médicale
communiquera avec lui pour lui donner un rendez-vous

Dossier CSL:

NAM: OMNJ11111111

(2701)

Nom, prénom: **Omnimed_test, Jacques**

DDN: 11-11-1911

Sexe: M

Adresse: 1 Rue Alpha La Ligne 2
Btown, QC, A1A1A1

Tél. résidence: 819 111-2233

Tél. travail et/ou cell: Cell. 819 111-3322

Section obligatoire à compléter par le médecin responsable

- Priorité 1** **Priorité 2** **Priorité 3** **Priorité 4** **Contrôle date:** _____
 Patiente enceinte _____ semaines

Renseignements cliniques : _____

Signature: _____ Date: 06-08-2020

de licence obligatoire: **4502324** (Hubert-Deschamps Mikael)

Adresse: 160 rue Pope, Cookshire, Québec, J0B 1M0
800 567-4808 Fax: : 888 780-6081

**** À COMPLÉTER POUR TOUS LES
EXAMENS NÉCESSITANT UN OPACIFIANT**

Allergie **confirmée** à l'iode, préparation à prescrire

DFGe: _____ Date: _____

Patient non diabétique avec une:
DFGe <40 = Préparation rénale à prescrire

Patient diabétique avec une:
DFGe <60 = Préparation rénale à prescrire

Espace réservé au personnel du service d'imagerie médicale

C- C+ P1 P2 P3 P4 C (contrôle) SOP Initiale: _____

Pour un examen sélectionné ci-dessous, acheminer par TÉLÉCOPIEUR AU (450) 975-5040

TOMODENSITOMÉTRIE (scan) - ANGIOGRAPHIE (voir préparation au verso)

- Tomodensitométrie (scan) **
 Angiographie
 Interventions radiologiques
 Autres

Spécifier : _____

⇒ Pour les examens d'angiographie ou d'interventions radiologiques, vous devez également joindre, outre cette requête, le formulaire de **Demande d'admission** qui devra être acheminé en **médecine de jour (MDJ)**

ÉCHOGRAPHIE (voir préparation au verso)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Abdominale | <input type="checkbox"/> Thyroïde |
| <input type="checkbox"/> Rénale | <input type="checkbox"/> Testiculaire |
| <input type="checkbox"/> Pelvienne | <input type="checkbox"/> *Surface |
| <input type="checkbox"/> Obstétricale | <input type="checkbox"/> *Musculo-squelettique |
| <input type="checkbox"/> Routine(vers la 20e sem) DDM: _____ DPA: _____ | <input type="checkbox"/> Doppler artériel cervico-encéphalique |
| <input type="checkbox"/> _____ sem. (renseignements cliniques obligatoires) | <input type="checkbox"/> Doppler veineux (sauf pour éval. d'insuffisance veineuse) |
| <input type="checkbox"/> Amniocentèse (groupe sanguin: <input type="checkbox"/> positif <input type="checkbox"/> négatif) | *Spécifiez/autres: _____ |

FLUOROSCOPIE (voir préparation au verso)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Gorgée barytée | <input type="checkbox"/> Cystographie mictionnelle |
| <input type="checkbox"/> Gorgée barytée modifiée (envoyer par fax au 450-975-5011) | <input type="checkbox"/> Urétrographie |
| <input type="checkbox"/> Repas baryté D.C. | <input type="checkbox"/> Fluoroscopie pulmonaire |
| <input type="checkbox"/> Lavement baryté double contraste | <input type="checkbox"/> *Sialographie <input type="checkbox"/> droite <input type="checkbox"/> gauche |
| <input type="checkbox"/> Lavement baryté simple contraste | <input type="checkbox"/> *Bloc facettaires <input type="checkbox"/> droite <input type="checkbox"/> gauche |
| <input type="checkbox"/> Intestin grêle | <input type="checkbox"/> *Arthrographie |
| <input type="checkbox"/> Pyélographie** | *Spécifiez/autres: _____ |

PRÉPARATION POUR LES EXAMENS EN IMAGERIE MÉDICALE

IMPORTANT: Ne pas téléphoner pour prendre un rendez-vous car le personnel du service d'imagerie médicale communiquera avec vous pour vous fixer un rendez-vous

TOMODENSITOMÉTRIE (scan) ↴

Entéroscan: À jeun 6 heures avant l'examen

ÉCHOGRAPHIE ↴

Abdominale: À jeun 4 heures avant l'examen

Rénale: À jeun 4 heures avant et boire 500 ml d'eau 1 heure avant l'examen

Pelvienne: Boire 500 ml d'eau 1 heure avant l'examen

Abdominale et pelvienne: À jeun 4 heures avant et boire 500 ml d'eau 1 heure avant l'examen

Obstétricale: Boire 500 ml d'eau 1 heure avant l'examen

Amniocentèse: Boire 500 ml d'eau 1 heure avant l'examen

NB: Pour un examen d'échographie obstétricale ou amniocentèse, vous devez nous apporter les résultats d'échographies antérieures en lien avec la grossesse actuelle le jour de votre rendez-vous à la Cité de la Santé.

FLUOROSCOPIE ↴

Repas baryté: À jeun 8 heures avant l'examen

Gorgée baryté: À jeun 8 heures avant l'examen

Intestin grêle: À jeun 8 heures avant l'examen

Pyélographie Repas léger et à jeun 2 heures avant l'examen

Lavement baryté double ou simple contraste:

À la pharmacie, procurez-vous quatre (4) comprimés de bisacodyle et du colyte. Suivre les indications sur le contenant de colyte.

Si votre examen n'apparaît pas dans les choix, c'est qu'il n'y a pas de préparation pour cet examen ou elle vous sera transmise lors de la prise de rendez-vous

➡ (450) 975-5530 **IMPORTANT: Le jour de votre rendez-vous, vous devez avoir en main votre requête originale, votre carte d'assurance maladie et votre carte bleue de l'hôpital**

➡ Pour les examens de résonance magnétique, utiliser le formulaire approprié (CSL # 64-610-010)

➡ Pour les examens en mammographie, utiliser le formulaire approprié (CSL # 69-750-585)



Par souci pour l'environnement, nous vous prions d'apporter un sac pour ranger vos vêtements lors de votre RDV

AUX MÉDECINS:

- Prescrire les analyses faites à l'hôpital de la Cité-de-la-Santé et les analyses pour grossesse au VERSO.
- Inscrire les renseignements cliniques et respecter le délai minimal requis entre les demandes selon le guide : Règles d'utilisation des ressources.
- Pour les analyses hors Québec, remplir le formulaire AH-612 disponible sur le portail du CSSL.

99909910
Jacques Omnimed_test

OMNJ11111111
Sexe: M DDN: 11-11-1911

1 Rue Alpha La Ligne 2
Btown, QC, A1A1A1
Cell. 819 111-3322 M : 819 111-2233

Père : Mario 1 Test
Mère : Maude Test

CENTRES DE PRÉLÈVEMENTS SANS RENDEZ-VOUS

POUR INFORMATIONS: www.cssslaval.qc.ca • 450-975-5403

CARTE D'ASSURANCE-MALADIE OBLIGATOIRE

CLSC du Marigot	1351, boul. des Laurentides, Vimont (Qc) H7M 2Y2
CLSC des Mille-Îles	4731, boul. Lévesque, St-Vincent-de-Paul (Qc) H7C 1M9
CLSC Ste-Rose de Laval	280, boul. Roi-du-Nord, Ste-Rose (Qc) H7L 4L2
CARL (Centre administratif)	1515, boul. Chomedey, Chomedey (Qc) H7V 3Y7
Hôpital de la Cité-de-la-Santé	1755, boul. René-Laennec, Vimont (Qc) H7M 3L9
Centre intégré de l'Ouest	4250, boul. Dagenais Ouest, Laval (Qc) H7R 1L4

***JUSTIFICATIONS CLINIQUES*
*OBLIGATOIRES***

Pour les analyses qui ont la note: (*Just. clin.)*

APPOSER L'ÉTIQUETTE
(s'il y a lieu)

Analyses à jeun : Ne pas boire ni manger suivant le nombre d'heures indiquées entre parenthèses. L'eau est permise en tout temps.

À JEUN

- 1. Glucose à jeun (8 h à jeun)
- 2. Hyperglycémie provoquée 2 h (8 h à jeun) (lire 1 et 6 verso) (se présenter avant 8 h)
- 3. Acide folique (3 h à jeun)
- 4. Vitamine B₁₂ (3 h à jeun)
- 5. Cholestérol total (12 h à jeun)
- 6. Cholestérol HDL (12 h à jeun)
- 7. Triglycérides (12 h à jeun)
- 8. Fer - TIBC (6 h à jeun)
- 9. Ferritine (3 h à jeun)
- 10. Phosphore (6 h à jeun)

**BIOCHIMIE
CHIMIE GÉNÉRALE**

- 11. Acide urique
- 12. Albumine
- 13. ALT (GPT)
- 14. Amylase
- 15. Apo A-1 Apo B
- 16. A.P.S.
- 17. Bicarbonates (CO₂ Total)
- 18. Bilirubine
- 19. Calcium total
- 20. CK
- 21. Créatinine
- 22. Électrolytes (Na, K, Cl)
- 23. Électrophorèse des protéines
- 24. GGT
- 25. Hb A_{1c} 26. Fructosamine
- 27. LDH
- 28. Lipase
- 29. Magnésium
- 30. Phosphatase alcaline
- 31. Protéines

BIOCHIMIE (suite)

HORMONES

- 32. Anticorps anti-TPO
- 33. β-HCG sérique
- 34. Cortisol sérique AM (entre 8 h et 10 h)
- 35. Estradiol
- 36. FSH
- 37. LH
- 38. Prolactine
- 39. PTH
- 40. Testostérone totale (entre 8 h et 10 h)
- 41. TSH

MÉDICAMENTS (pré-dose)

- 42. Acide Valproïque (Épival)
 - 43. Carbamazépine (Tégréto)
 - 44. Digoxin (Lanoxin)
 - 45. Lithium
 - 46. Théophylline
 - 47. Phénytoïne (Dilantin)
 - 48. Autres: _____
- Date: _____
Heure: _____
DE LA DERNIÈRE DOSE

URINES / SELLES

MICITION

- 49. Analyse d'urine Mi-jet (lire 2)
- 50. Culture d'urine Mi-jet (lire 2)
- 51. Épreuve urinaire de grossesse
- 52. Microalbumine (Microalb./Créat.) (1^{ère} urine du matin) (lire 5 verso)
- 53. Protéines
- 54. URINES 24 H (lire 3 verso)

- A. Ac. urique
- B. Bilan métabolique (urine et sanguin)
- C. Calcium
- D. Citrate
- E. Clairance de la créatinine
- F. Cortisol
- G. Créatinine
- H. Oxalate
- I. Protéines
- J. Électrophorèse des protéines
- K. Autres: _____

SELLES

- Recherche de sang dans les selles (lire 3 verso)
- 55. GAIAC
 - 56. RSOSI

CYTOLOGIE (lire 3 verso)

- 57. Urines
- 58. Expecto

HÉMATOLOGIE

- 59. Alpha foeto protéine (*Just. clin.)
- 60. ANA (anticorps antinucléaire) (*Just. clin.)
- 61. Anti ADN
- 62. CA 125 (*Just. clin.)
- 63. CEA (*Just. clin.)
- 64. Chaîne légère sérique (kappa-lambda)
- 65. Dosage C3 - C4
- 66. Électrophorèse de Hb (*Just. clin.)
- 67. Facteur rhumatoïde
- 68. Falciformation
- 69. Frottis sanguin (*Just. clin.)
- 70. F.S. (Hb - Ht, plaquettes, leucos)
- 71. F.S.C. (Formule sanguine avec diff.)
- 72. HFE (Hémochromatose) (*Just. clin.) (lundi au jeudi sauf la veille de jour férié)
- 73. IFE (immunoélectrophorèse des protéines) (*Just. clin.)
- 74. Immunoglobulines (dosage G.A.M.)
- 75. Protéine C réactive
- 76. Réticulocyte
- 77. Sédimentation

BANQUE DE SANG

- 78. Groupe sanguin (ABO - Rh)
- 79. Recherche d'anticorps

COAGULATION

- 80. Coagulogramme de dépistage (*Just. clin.)
- 81. D-Dimères
- 82. Fibrinogène
- 83. Temps de Quick (Prothrombine) (P.T.) (INR)
- 84. Temps de thrombine

- Pré-adm. Cube 3 CJA Résultats STAT
- Dialyse MDJ CDJ

AUTRES ANALYSES

Pour assurer un acheminement rapide des résultats, S.V.P. fournir tous les renseignements suivants:

Hubert-Deschamps Mikael

Omnimed

160 rue Pope
Cookshire, Québec, J0B 1M0
T:800 567-4808
F:888 780-6081

Signature obligatoire: _____

Licence obligatoire: 4502324

Date: 06-08-2020

Médecin en copie: _____

avec adresse complète: _____

SÉROLOGIE

- 200. Anticorps Hépatite A (IGM anti-HAV) (dépistage)
- 201. Antigène Hépatite B (HBs-Ag) (dépistage)
- 202. Anticorps Hépatite B (anti-HBs)
- 203. Anticorps anti-HBc (Hépatite B)
- 204. Hépatite C (anti-HCV) (dépistage)
- 205. Génotypage de l'hépatite C
- 206. Mesure qualitative (ARN) du virus Hépatite C (CPCR)
- 207. Mesure quantitative de la charge virale Hépatite C (ARNHC)
 - pré-traitement
 - _____ semaines de traitement
- 208. Anticorps VIH (dépistage)
- 209. Charge virale VIH
- 210. Génotypage VIH (*Just. clin.)
- 211. Syphilis
- 212. Herpès simplex 1 et 2 dépistage (*Just. clin.)
- 213. Helicobacter
- 214. Anti-Streptolysine (ASO)
- 215. Mononucléose (monotest)
- 216. Rubéole Parvovirus Varicelle
 - dépistage (*Just. clin.)
 - contact grossesse Date: _____
 - 1er sérum 2e sérum
 - syndrome clinique (*Just. clin.)
 - 1er sérum 2e sérum
- 217. Cytomégalovirus Toxoplasmose
 - dépistage (*Just. clin.)
 - syndrome clinique (*Just. clin.)
 - 1er sérum 2e sérum

MICROBIOLOGIE

**POUR LISTE COMPLÈTE DES ANALYSES
RÉF. REQUÊTE MICROBIOLOGIE 67-100-205**

- 250. Gorge 251. Expectorations
- 252. Chlamydia Gono } Urines (lire 4)
- 253. Saro nez plaie Site: _____
- 254. ERV anus selles
- 255. Recherche mycose superficielle
 - Peau (squames) Ongles
 - Cheveux Tinea versicolor

RECHERCHE B.K. (lire 3)

- 256. Urines 257. Expecto

SELLES (lire 3)

- 258. Culture
- 259. Recherche parasites, oeufs, kystes (*Just. clin.)
 - Giardia Crypto } Diarrhée des voyageurs
 - Diarrhée de plus de 7 jours
- 260. Toxine Clostridium difficile

Renseignements cliniques: _____

ATTENTION: CARTE D'ASSURANCE-MALADIE OBLIGATOIRE

Le centre de prélèvements de l'hôpital de la Cité-de-la-Santé privilégie la clientèle de la préadmission, du préopérateur, des enfants de moins de 7 ans, des suivis de grossesse et des analyses particulières.

ANALYSES PARTICULIÈRES

**Prélèvements faits exclusivement
à l'hôpital de la Cité-de-la-Santé
SANS RENDEZ-VOUS**

- 300. Activité anti XA (Dosage héparine)
Spécifiez le type: _____
 - 301. Ac. Antiplaquettaires (lundi au jeudi avant 10 h)
 - 302. Ammoniac
 - 303. Anticorps anti-héparine (Elsa)
 - 304. Calcium ionisé (libre) (*Just. clin.)
 - 305. Caryotype (*Just. clin.)
(lundi - mardi - vendredi avant 11 h)
 - 306. Cortisol sérique PM (14 h 45)
 - 307. CD4-CD8 (*Just. clin.)
(lundi au jeudi - vendredi avant 11 h)
(sauf la veille de jour férié)
 - 308. Cryoglobuline
 - 309. Étude de la population lymphocytaire (*Just. clin.)
(lundi au vendredi avant 10h30)
 - 310. Gaz veineux
 - 311. G6PD (*Just. clin.)
 - 312. Homocystéine (8 h à jeun)
 - 313. Malaria (*Just. clin.)
 - 314. PFA temps d'occlusion/saignement (*Just. clin.)
 - 315. Thioguanine érythrocytaire (6-TG) (*Just. clin.)
(lundi au mercredi)
 - 316. TPMT (*Just. clin.) (lundi - mardi - mercredi)
- BILAN THROMBOPHILIE (*Just. clin.)
- 317. Antithrombine III (*Just. clin.)
 - 318. Anti-B2 glycoprotéine (*Just. clin.)
 - 319. Anti-cardiolipine (*Just. clin.)
 - 320. Anticoagulant lupique (*Just. clin.)
 - 321. Facteur II mutant (G20210) (*Just. clin.)
(lundi au jeudi sauf la veille de jour férié)
 - 322. Protéine C (*Just. clin.)
 - 323. Protéine S (*Just. clin.)
 - 324. Résistance protéine C activée (*Just. clin.)

MICROBIOLOGIE

- 325. Urine Cathétérisme Sonde
 - Urostomie (conduit iléal) Néphrostomie
 - Sac collecteur 0-3 mois
- 326. Hemoculture Bordetella pertussis
- 327. Influenza

1. Trois (3) jours avant le rendez-vous, manger normalement sans suivre de diète. **Ne pas fumer le matin du rendez-vous. 8 h à jeun.** Eau permise. La durée du test est de 2 heures. **Se présenter avant 8 heures.**

- 2.** Laver les organes génitaux. Recueillir le milieu de la miction dans un contenant stérile. Réfrigérer dès que fait pour un maximum de 10 heures. Peut se faire sur place au Centre de prélèvements.
- 3.** Pour collecter ces spécimens, des instructions et des contenants spéciaux vous seront remis par le Centre de prélèvements.
- 4.** Recueillir la première urine du matin dans un contenant propre ou recueillir l'urine 2 heures minimum après la dernière miction.
- 5.** Première urine du matin dans un contenant propre (15 mL environ).
- 6.** Il est recommandé d'interrompre les anti-diabétiques oraux deux à trois jours avant le test.

ANALYSES AVEC RENDEZ-VOUS

RENDEZ-VOUS OBLIGATOIRE

à l'hôpital de la Cité-de-la-Santé

Tél.: 450-975-5560
entre 8 h et 16 h du lundi au vendredi,
sauf les jours fériés

- 400. Agrégation plaquettaire
(consultation requise en hématologie)
- 401. HLA B27 (*Just. clin.)
(mardi et jeudi avant 8 h)
- 402. HLA _____ et typage HLA (*Just. clin.)
- 403. Spermogramme:
 - Post-vasectomie (24 h abstinence)
 - Fertilité (48 h abstinence)
- 404. Test au Lactose (12 h à jeun)
- 405. Test au Xylose (12 h à jeun)

PRENEZ NOTE:

**Les résultats d'analyses
vous seront transmis
par votre médecin.**

**TOUTE REPRODUCTION
SOUS QUELQUE PROCÉDÉ
QUE CE SOIT EST INTERDITE**

MODULE GROSSESSE

GROSSESSE 10-14 SEMAINES

Nos 500 à 504
Rendez-vous obligatoire à la CSL
Tél.: 450-975-5560

Allergie à la pénicilline oui non

- 500. Routine de grossesse 10-14 sem.
FSC, Gluc., Créat., gr. sang., rech. ac,
HBs-Ag, RPR, an. et cult. ur. (8 h à jeun)
- 501. TSH
- 502. Dépistage rubéole
- 503. VIH
- 504. Autre analyse: _____

GROSSESSE 26e SEMAINE

**Nos 505 et 506, se présenter entre 8 h 30 et 10 h
le jour indiqué par le Centre de prélèvements.**

- 505. a) Glucose 1 h post 50 g
F.S. (Hb - Ht, plaq., Lkcs) } (2 h à jeun)
Indiquer nombre de semaines de grossesse: _____
- b) Recherche d'anticorps si groupe sanguin négatif.
- 506. Autre analyse: _____

ANTICORPS POSITIF

**No 507, se présenter entre 8 h 30 et 10 h
du lundi au vendredi, sauf les jours fériés.**

- 507. Titrage - Spécifier la fréquence: _____

VACCIN 28e SEMAINE

**No 508, se présenter entre 8 h 30 et 10 h
du lundi au vendredi, sauf les jours fériés.**

- 508. Vaccin anti-D et recherche d'anticorps

HYPERGLYCÉMIE GROSSESSE

**No 509, se présenter entre 8 h 30 et 10 h
du lundi au vendredi, sauf les jours fériés.**

- 509. Hyperglycémie 2 h (8 h à jeun) (lire 1)
Spécifier nombre de semaines de grossesse: _____

Centre de santé et de services sociaux
de Laval

RADIOLOGIE

Hôpital de la Cité-de-la-Santé

RÉSONANCE MAGNÉTIQUE - IRM

Téléphone: (450) 975-5310

Local: SS.010

Télécopieur: (450) 975-5024

Données de l'examen

Date de l'examen: _____

Heure: _____

Fait:

Non Fait:

Identification patient

99909910

Jacques Omnimed_test

OMNJ11111111

(2701) Sexe: M

DDN: 11-11-1911

1 Rue Alpha La Ligne 2

Btown, QC, A1A1A1

Cell. 819 111-3322

M : 819 111-2233

Père : Mario 1 Test

Mère : Maude Test

TYPE D'EXAMEN DEMANDÉ

- | | | | |
|---|-----------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> CERVEAU | <input type="checkbox"/> ÉPAULE | DROITE <input type="checkbox"/> | GAUCHE <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> HYPOPHYSE/SELLE TURCIQUE | <input type="checkbox"/> COUDE | DROIT <input type="checkbox"/> | GAUCHE <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> CONDUITS AUDITIFS INTERNES | <input type="checkbox"/> POIGNET | DROIT <input type="checkbox"/> | GAUCHE <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> COLONNE CERVICALE | <input type="checkbox"/> HANCHE | DROITE <input type="checkbox"/> | GAUCHE <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> COLONNE DORSALE | <input type="checkbox"/> GENOU | DROIT <input type="checkbox"/> | GAUCHE <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> COLONNE LOMBAIRE | <input type="checkbox"/> CHEVILLE | DROITE <input type="checkbox"/> | GAUCHE <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> ABDOMEN <input type="checkbox"/> PELVIEN | | | |
| <input type="checkbox"/> CHOLANGIO RÉSONANCE/MRCP | | | |
| <input type="checkbox"/> ANGIO-RÉSONANCE | RÉGION: _____ | | |
| <input type="checkbox"/> AUTRE RÉGION | SPÉCIFIEZ: _____ | | |

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES PERTINENTS OBLIGATOIRES:

Date de la consultation: 06-08-2020

4502324

Omnimed

160 rue Pope

Cookshire, Québec, J0B 1M0

800 567-4808

Fax. : 888 780-6081

Signature du médecin traitant

No de licence

Copie au Dr: _____

ATTENTION:

- Au médecin référant, si votre patient(e) souffre de claustrophobie, veuillez prévoir de l'anxiolytique pour faciliter l'examen.
- Compléter et signer sans faute le questionnaire de consentement.

PROTOCOLE D'EXAMEN:

CODE À BARRE

REMARQUES:

Réservé à la radiologie

Questionnaire de consentement complété et signé:

Résonance magnétique - IRM

QUESTIONNAIRE DE CONSENTEMENT - RÉSONANCE MAGNÉTIQUE

Ce questionnaire doit être rempli par le médecin et le patient

Êtes-vous porteur:		OUI	NON			OUI	NON
d'un stimulateur cardiaque (Pacemaker) ?	Contre-indication absolue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	d'une prothèse valvulaire			
d'un neurostimulateur vertébral ?	Contre-indication absolue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	cardiaque ?	Précisez: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d'un cathéter Swan-Ganz ?	Contre-indication absolue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	d'une prothèse métallique ?	Précisez: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d'un clip sur un anévrisme cérébral ?	Contre-indication absolue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	d'un implant pénien ?	Précisez: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d'une prothèse cochléaire ?	Contre-indication absolue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	d'un implant oculaire ?	Précisez: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d'un corps étranger intra-oculaire ?	Contre-indication absolue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

Avez-vous déjà subi une opération ou intervention:

au cerveau ?	Précisez: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	vous êtes-vous fait faire du "body piercing" ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
de la région qui fait l'objet de la résonance ?	Précisez: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	souffrez-vous de claustrophobie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
autres opérations ?	Précisez: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	êtes-vous enceinte ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
souffrez-vous d'allergie médicamenteuse ?	Précisez: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
pour un filtre à veine cave ?	Précisez: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Au travail ou dans d'autres circonstances, avez-vous déjà été blessé(e) particulièrement aux yeux par un corps étranger métallique qui a été enlevé ou non ? (*explosion, blessure par balle, accident de travail ou de la route, blessure de guerre*) OUI NON

Avez-vous plus de 60 ans ? OUI NON

Avez-vous ou souffrez-vous de:

diabète ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
histoire de pathologie rénale chronique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
dialyse ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
lupus érythémateux ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
myélomes multiples ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hypertension ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
insuffisance hépatique sévère/transplantation hépatique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Glaucome?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si oui, précisez: _____

Si l'une des cases est cochée, inscrire OBLIGATOIREMENT le taux de créatinine (< 2 mois):

Créatinine: _____ Date: _____ Poids: _____ Taille: _____

Clairance de créatinine: _____ (ml/min) cf: site internet ci-joint ou autre référence: www.globalrph.com/crcl.htm

J'ai complété avec mon médecin le questionnaire ci-dessus.

Les renseignements sont exacts et je consens à passer l'examen en résonance magnétique.

_____ Signature du médecin	_____ Signature du patient	_____ Date
-------------------------------	-------------------------------	---------------

J'ai revu et corrigé avec le technologue le questionnaire ci-dessus.

_____ Initiales du technologue	_____ Signature du patient	_____ Date
-----------------------------------	-------------------------------	---------------

POUR PRENDRE RENDEZ-VOUS:

- ➔ SVP, veuillez nous faire parvenir la requête d'examen avec le consentement complété et signé, soit par la **poste au local SS.010** ou par **télécopieur au numéro (450) 975-5024**.
- ➔ Ne pas oublier d'inscrire un numéro de téléphone où nous pourrions rejoindre le patient entre 8h00 et 16h00.
- ➔ Après étude du dossier, un rendez-vous sera fixé au patient.
- ➔ **Le patient devra apporter ses examens radiologiques antérieurs pertinents lors de son rendez-vous (IRM, scan, films simple).**



AMN347-D

Dossier : _____ # Admis/Assign : _____

99909910 _____

Nom : Omnimed_test

Prénom : Jacques

Date de naissance : 1911-11-11

DEMANDE DE SERVICE PSYCHOSOCIAL – SCOLAIRE

1. COORDONNÉES DU JEUNE

NOM : Omnimed_test

PRENOM : Jacques

DATE DE NAISSANCE : 1911-11-11

NO ASSURANCE MALADIE : OMNJ11111111

ADRESSE : Mère : _____

Père : _____

NOM, PRENOM DES PARENTS:

Mère : _____ Langues parlées : _____

Père : _____ Langues parlées : _____

TÉLÉPHONE : Mère : Maison: _____ Cellulaire: _____ Travail: _____

Père : Maison: _____ Cellulaire: _____ Travail: _____

TITULAIRE : _____ ÉCOLE : _____ NIVEAU/GROUPE : _____

2. ÉVALUATION DE LA SITUATION

Contextes et difficultés **du jeune** ayant un impact sur le fonctionnement à la maison **M** et à l'école **É** .

	M	É		M	É
Difficultés d'apprentissage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problèmes de santé mentale:		
Problèmes de comportement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	État dépressif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spécifiez : _____			Anxiété	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Absentéisme, retards fréquents	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Idéations suicidaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intimidation _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Impulsivité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____			Agitation psychomotrice	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Difficultés relationnelles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Inattention	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Retrait, inadaptation sociale et scolaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Autres : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Situations familiales difficiles :			Dépendances, consommation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intégration au quartier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Deuil/pertes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Instabilité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Violence/abus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Isolement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Non réponse aux besoins de base	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Difficulté d'organisation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Spécifiez : _____		
Problèmes économiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diagnostics	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problèmes de santé physique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Spécifiez : _____		
Spécifiez : _____			Autre _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Explications : _____

Nom et prénom : Omnimed_test, Jacques

DDN : 1911-11-11

Numéro dossier : 99909910

Depuis quand la situation est-elle problématique ? _____

3. AUTRES PROFESSIONNELS IMPLIQUÉS AUPRÈS DE L'ÉLÈVE ET DE SA FAMILLE À L'ÉCOLE

- Psychologue Orthopédagogue Éducateur Psychoéducateur
 Orthophoniste Agent de milieu/concertation Conseiller en orientation Hygiéniste dentaire
 Infirmier Enseignant ressource Autres partenaires (spécifiez) _____

Noms: _____

4. TENTATIVES POUR MODIFIER LE PROBLÈME

- Rencontre avec l'élève par _____
 Rencontre avec les parents par _____
 Feuille de route
 Retenues
 Suspensions
 Expulsions
 Récupération
 Système d'émulation
 Agenda/Cahier de communication école-maison
 Consultation avec un professionnel de l'école. Spécifiez : _____
 Professionnel à l'extérieur de l'école. Spécifiez : _____
Autres, tel qu'un organisme communautaire: _____
RESULTATS OBTENUS : _____

5. INFORMATION ET DEMANDE

Les parents et le jeune sont-ils au courant des motifs de référence énumérés dans cette demande?

PÈRE : oui non MÈRE : oui non JEUNE : oui non

Attentes des membres de la famille : _____

6. CONSENTEMENT

Les parents nous autorisent-ils à prendre contact avec eux suite à cette référence ?

PÈRE : oui non MÈRE : oui non JEUNE : oui non

7. RÉFÉRÉ PAR

Direction Enseignant Service de garde Professionnel non-enseignant de l'école

Autres NOM : _____ Profession : _____

Coordonnées pour vous rejoindre : _____ Disponibilité : _____

Est-ce que la direction est informée de votre démarche d'aide pour l'élève ? oui non

Le présent référent demeure responsable de la situation jusqu' à la prise de contact par l'intervenant social.

Signature de la personne qui demande le service

2020-08-06

Date



AMN347-D

Admis/Assign : _____

SANS RENDEZ-VOUS
DU LUNDI AU VENDREDI DE 6H45 À 14H45
SAUF LES JOURS DE CONGÉ FÉRIÉ
POUR INFORMATION : 514-338-2311/2157

▲ Se présenter entre 6 h 45 et
10 h 30

● Se présenter entre 8 h et 9 h

Hématologie générale

HBHT Hb + Ht + plaquettes*

FSC Formule sanguine complète*
(différentielle incluse)

RETIC Réticulocytes

IF FSC + Interprétation de frottis
Rens. clinique : _____

PROV FSC + Test de provocation

APHER FSC pour Aphérèse *
(pré ou post) _____
collecte # _____

FALC Falciformation

MALAR Recherche de malaria *

VISCP Viscosité plasmatique

VISCS Viscosité sérique

Biochimie

AURIQ Acide urique *

ALB Albumine *

ALT ALT *

AST AST *

BHCG Bêta hCG quantitatif *

BIC Bicarbonate (CO₂) *

BILD Bilirubine directe *

BILT Bilirubine totale *

CA Calcium *

CL Chlorure *

CK CK *

CREAT Créatinine *

CRP Protéine C réactive *

ELECS Électrophorèse des protéines
Rens. clinique : _____

FER Bilan martial complet(
(Surcharge en fer) **8h à jeun**)
(UIBC + TIBC + % sat. + transferrine)

FERR Bilan martial anémie
(Ferritine seulement)

GGT GGT (gamma GT) *

GLU Glucose * (**8h à jeun**)

GLU2H Glucose 2 h PC ▲

HDL Bilan lipidique (**12 h à jeun**)
(CHOL, HDL, LDL, TRIG)

HBA1C Hémoglobine glyquée

LD LD (LDH) *

LIP Lipase *

MG Magnésium *

ALP Phosphatase alcaline *

PO4 Phosphore *

PROT Protéines *

NAK Sodium / Potassium *

UREE Urée (azote, BUN) *

Hémostase
Spécifier l'anticoagulant :

Héparine + Oral 1

Héparine 2

Coumadin/Sintrom 3

Oral cessé < 72 h 4

HBPM 5

Prélevé via canule 6

Xareto/Eliquis 7

Pradax/Dabigat 8

Aucun anticoagulant 9

Inconnu 0

INR INR * (PT ou prothrombine)

PTT PTT *

FIB Fibrinogène *

TT Temps de thrombine *

DDIM D-dimère standard *(CIVD)

DDA D-dimère quantitatif * (emb. pulm.)

COAGD Coagulogramme de dépistage *
(INR, PTT, FIB, TT)

COAGC Coagulogramme complet *
(INR, PTT, FIB, TT)
Dosage de facteur : _____

VEXTR Voie extrinsèque (FII, FV, FVII, FX)

VINTR Voie intrinsèque (FVIII, FIX, FXI, FXII)

Endocrinologie et Marqueurs tumoraux

17BOE 17Bêta Oestradiol

AFP Alphafoetoprotéine

APS Antigène prostatique(PSA)

CA125 CA-125

CA153 CA-15-3

CEA CEA

CORA Cortisol am ●

CORP Cortisol aléatoire

FSH FSH

HOMOC Homocystéine

INS Insuline (**8h à jeun**)

LH LH

PRL Prolactine

PTH PTH (parathormone)

TEST Testostérone totale

TESL Testostérone libre

TSH TSH (+T₄ libre et T₃ libre
si TSH anormal)

B12 Vitamine B12

VITD2 Vitamine D25-hydroxy
Rens. clinique : _____

Urine miction

URBIO Analyse d'urine *

HCGU hCG qualitatif *

ELPRM Électrophorèse des protéines

UALBM Microalbumine (microalb/créat.)

UPROM Microalbumine (microalb/créat.)*

Unité : _____ Md requérant : **Hubert-Deschamps Mikael**

Date : 2020-08-06 #Licence : 4502324

Heure : **11:33** Adresse : **160 rue Pope
Cookshire
JOB 1M0**

Signature : _____
N.B. Veuillez inscrire la provenance, le nom et le prénom du médecin,
#licence, signature
(*): Analyses disponibles en STAT et P1

Hémostase spécialité
Dosage d'héparine (anti-X activé ou facteur X a)

HBPM Héparine bas poids moléculaire
(fragmin, innohep, lovenox...)

HNFR Héparine standard (non fractionnée)

ORG Dosage d'Organan

VWILL Von Willebrand (ag. ris toco., FV IIIc)

AACL Anticorps anti phospholipides
(antilipiques, anticardiolipines ou
anticoagulants circulants)

AHEP Anticorps anti héparine

AT3 Antithrombine III

PROTS Protéine S

PROTC Protéine C¹

RPCA Résistance à la protéine C activée¹
¹Ne pas confondre avec la protéine C réactive CRPA

FVLEI Facteur V Leiden

MUPT Mutation de la prothrombine

MTHFR MTHFR

BTHR Bilan thrombotique
(AT3, PROTC, PROTS, RPCA, FVLEI et MUPT)

FPLT Fonction plaquettaire (**rendez-vous**)

Dosage d'antibiotique et autres médicaments

Antibiotique : Dernière dose :

	Date	Heure
<input type="checkbox"/> AMIK Amikacine *		
<input type="checkbox"/> GENT Gentamicine *		
<input type="checkbox"/> VANC Vancomycine *		
<input type="checkbox"/> CARB Carbamazépine (Tégréto)*		
<input type="checkbox"/> DIG Digoxine (Lanoxin) *		

Médicament dont le prélèvement doit être fait avant la dose

<input type="checkbox"/> LITH Lithium *		
<input type="checkbox"/> PHNY Phénytoïne (Dilantin) *		
<input type="checkbox"/> VAL Acide valproïque (Épival) *		
<input type="checkbox"/> Autres		

Autres : _____

Bactériologie générale

- LIQBB Liquide céphalorachidien *
- LIQAB Liquide articulaire, pleural, péritonéal *
- PUSAB Pus superficiel *
- PUPAB Pus profond *
- PUPXB Biopsie *
- URIAB Urine mi jet
- VRSAB Gorge
- VRIAB Expectorations *
- VRICB Sécrétions trachéales *
- VRIBB Sécrétions bronchiques *
- VRIHB Lavage bronchoalvéolaire *
- PUPAB Sinus *
- GENAB Sécrétions vaginales
- GENBB S. vaginales Streptococcus gr. B
- SELAB Selles
- HEMO Hémoculture
- PUSCB Cathéter veineux
- SELPV Toxine de Clostridium difficile
- Dépistage de SARC (SARM)**
- VRSDB Narines
- URIDB Urine
- PUSDB Pus (plaie)
- Dépistage ERY**
- SEEBB Écouvillonnage rectal
- SELEB Selles

Biologie moléculaire

- CTNGE Chlamydia trachomatis/
N. Gonorrhoeae
- CTNGU Chlamydia trachomatis/
N. Gonorrhoeae sur l'urine
- CTNGV Chlamydia trachomatis/
N. Gonorrhoeae sur vaginal
- MYCBV Mycobactérium tuberculosis (PCR)
Site : _____
- Autre : _____
Site : _____

Virologie

- PCHER PCR herpes simplex
Site : _____
- Autre : _____
Site : _____

Mycobactériologie

- MYCBK Culture mycobactéries + Auramine
Site : _____

Mycologie

- MYSAM Mycoses superficielles
Site : _____
- MYPAM Mycoses profondes + Calcofluor
Site : _____

Parasitologie

- SELAP Parasites dans les selles
- Autre : _____

Étude des protéines et Immunologie

- A1ANT Alpha₁ anti tripsine
- ANA ANA (ac. antinucléaires)
- ANTPO Antithyroïdiens (Antimicrosomes TPO)
- B27 HLA-B27
- C3-C4 Complément C3-C4
- DNA Anti ADN (dsDNA)
- ENA ENA profil
(anti SM, RNP, SSA, SSB, SCL70)
- GAMM Immunoglobulines (IgG, IgA, IgM)
- HAPTG Haptoglobuline

Test fonctionnels (Biochimie) ▲

Substance administrée :	Dose :
<input type="checkbox"/> GLU1H Dépistage hyperglycémique de grossesse (1h post 50 g glucose)	
<input type="checkbox"/> HYPE2 Hyperglycémie 2 heures (glucose 0, 120 minutes) (8h à jeun)	
<input type="checkbox"/> HYPGR Hyperglycémie de grossesse (glucose 0, 60, 120 minutes) (8h à jeun)	
N.B. Inscrire l'heure de prélèvement sur chaque tube. Si vous n'envoyez pas tous les tubes du test fonctionnel en même temps; encercler les temps correspondants aux tubes envoyés.	

Sérologie générale

- (Formulaire à compléter)
- ASO Antistreptolysine O
 - ATGLA Antitransglutaminase (IgA)
 - BORRE Borrelia burgdorferi (Lyme)
 - CRYPS Cryptolax sérique
 - CMVIG Cytomégalovirus IgG
 - CMVIM Cytomégalovirus IgM
 - EBNA EBNA
 - VCAG EBV VCA IgG
 - VCAMJ EBV VCA IgM
 - RAT Facteur rhumatoïde sérique
 - HRP1G1 Herpes type 1 IgG
 - HRP2G2 Herpes type 2 IgG
 - MONO Monogène
 - OREIG Oreillon IgG
 - OREIM Oreillon IgM
 - PB19V Parvovirus B19 IgG
 - QTFB Quantiféron-TB
 - ROUG Rougeole IgG
 - ROUM Rougeole IgM
 - RUBEO Rubéole IgG
 - RUBEM Rubéole IgM
 - TXOIG Toxoplasmose IgG
 - TXOIM Toxoplasmose IgM
 - VZV Varicella, Zoster scan
 - SYEIA VDRL (RPR) sérique

Tube collecteur

- INFHA Influenza A et B *

Pot stérile

- AGUL Antigène urinaire legionella
- AGUP Antigène urinaire pneumocoque

Sérologie parasitaire

- _____

Sérologie autres

- SERUM Sérum à conserver

Hématologie spéciale

- ELEHB Électrophorèse de l'hémoglobine
- T4T8 CD4 et CD8
- PRÉCIPITINES :**
- AMLIS Anti muscles lisses
- AMITO Anti mitochondries

Dépistage toxico (Urine miction)

- AMPH Amphétamines *
- BARB Barbituriques *
- BENZO Benzodiazépines *
- THC Cannabis *
- COCA Cocaïne *
- OPIA Opiacés *
- PCP Phencyclidine *

Collecte urinaire de 24 heures

À inscrire pour toutes les collectes urinaires		
Début		
Fin		

CA24 Calcium

ELPRO Électrophorèse des protéines (BJ24)
Rens. clinique : _____

PO424 Phosphore

PRO24 Protéines

CLCRE Clairance de la créatinine²
2- **Inscrire sans faute**; le poids et la taille

Taille : Pouce cm

Poids : Kg lbs

Selles

- RSOSI Recherche de sang

**Sérologie hépatites + VIH
hépatite A**

- ACVA3 Anti VHA IgG
- ACVAM Anti VHA IgM

Hépatite B

- AGHS HBsAg
- ACHS Anti HBs
- ACHC Anti HBc Total
- ACHCM Anti HBc IgM
- AGHE Hbe Ag
- ACHE Anti HBe
- PHBT PCR VHB-ADN (2 tubes lavande)
(HBV-DNA) quantitatif
- GTHB Génotype VHB

Hépatite C

- ACVCG Anti VHC IgG
- PHCL PCR VHC-ARN qualitatif
- PHCT PCR VHC-ARN quantitatif
- GTHC Génotype VHC

VIH

- VIH VIH dépistage
- CVVIH Charge virale VIH
- VIHGT Génotype VIH
- ARVIH Pharmacométrie VIH
- B5701 HLA-B*5701

ANTI TISSUS :

- ABEB Anti bordures en brosse
- ACB Anti bordures en brosse
- APAR Anti cellule pariétale

Autres :



AMN024-D

Dossier : _____ # Admis/Assign : _____

99909910 _____

Nom : Omnimed_test

Prénom : Jacques

Date de naissance : 1911-11-11

RÉFÉRENCE EXTERNE PROGRAMMES

Jeunes en difficulté

Santé mentale jeunesse

DI-TSA (0-100 ans)

Déficience physique (0-17 ans)

Petite enfance, jeunes et famille

1. Identification de l'utilisateur

Nom du jeune : Omnimed_test Prénom : Jacques

Milieu de garde/école fréquenté par le jeune : _____

Lieu de naissance : _____ Origine ethnique : _____ Statut migratoire : _____

Langue de communication : F A Autre précisez : _____

Nom de la mère : _____ Prénom : _____ DDN : _____

Nom du père : _____ Prénom : _____ DDN : _____

Nom du tuteur : _____ Prénom : _____ DDN : _____

Adresse de la mère : _____ Code Postal : _____

Adresse du père : _____ Code Postal : _____

Téléphone de la mère: Domicile: _____ Travail : _____ Autre : _____

Téléphone du père: Domicile: _____ Travail : _____ Autre: _____

Lieu de naissance : _____ Origine ethnique : _____ Statut migratoire : _____

Langue de communication : F A Autre précisez : _____

Fratrie			
Prénom	Nom	Sexe	DDN

Type de famille :

- Famille nucléaire ou traditionnelle (père et mère vivant avec leurs propres enfants sous le même toit)
- Famille monoparentale, l'enfant vit avec : mère père Depuis _____
- Famille recomposée, l'enfant vit avec : mère père Depuis _____
- Famille homoparentale
- L'enfant vit en ressource d'hébergement : Depuis _____ Type : _____
- Histoire du placement : _____

NE RIEN INSCRIRE DANS LA MARGE

NE RIEN INSCRIRE DANS LA MARGE

Nom et prénom : Omnimed_test, Jacques DDN : 1911-11-11 Numéro dossier : 99909910

Date de séparation / divorce : _____

Qui a la garde légale ?

- la mère
- le père
- garde partagée
- autre, précisez : _____

Droit d'accès de l'autre parent :

- Une fin de semaine sur deux
- Une fin de semaine par mois
- Autre, précisez : _____

2. Référent

Nom du référent : _____

Lien, programme et/ou établissement : _____ Téléphone : _____

3. Personnes rencontrées :

4.1 Nature de la demande et type de services demandés par le(s) parent(s)

4.2 Nature de la demande et type de services demandés par le(s) jeune(s)

5. Événement(s) déclencheur(s)

S'agit-il d'une première crise ou d'un épisode récurrent? Expliquer.

NE RIEN INSCRIRE DANS LA MARGE

NE RIEN INSCRIRE DANS LA MARGE



AMN024-D

Admis/Assign : _____



AMN024-D

Dossier : # Admis/Assign :

99909910

Nom : Omnimed_test

Prénom : Jacques

Date de naissance : 1911-11-11

6. Principales difficultés rapportées

Dynamique conjugale et familiale (événements significatifs et antécédents familiaux):

Occupation principale (du jeune et des parents) et conditions matérielles :

État de santé mentale/physique et diagnostic(s) du jeune :

Fonctionnement cognitif, comportements et habitudes de vie du jeune :

État de santé mentale et physique / habitudes de vie / autonomie fonctionnelle des membres de la famille :

7. Services antérieures et autres professionnels impliqués actuellement

Documents / rapports joints

Oui

Non

Si non, pourquoi ?

8. Forces, stratégies d'adaptation et ressources personnelles et sociales

9. Évaluation de l'état d'urgence ou des facteurs de risque (vulnérabilité)

Crise suicidaire Grand isolement
Crise homicidaire Extrême pauvreté
Violence familiale Autres violences

Autres : _____

Expliquez : _____

Mécanismes mis en place durant l'attente de service : _____

10. Impressions cliniques afin de faciliter l'évaluation de la priorisation par le Guichet d'accès

11. Disponibilité du client

Jour Soir Particularités : _____

Pour toutes demandes provenant des référents extérieurs au CSSSAM-N, veuillez joindre l' (les) autorisation(s) afin que nous puissions entrer en contact avec le(s) client(s). Spécifier si autorisation verbale obtenue (auprès de qui, quand, à quoi et pour quelles motifs/raison) : _____

Document complété par : _____ Téléphone : _____
(en lettres moulées)

Télécopieur : _____ Courriel : _____

Programme : _____

Fonction : _____ Établissement : _____

Signature : _____ Date : 2020-08-06

Veillez retourner le tout à l'adresse suivante ou par télécopieur :

Agente administrative des Guichets d'accès 0-17 ans CSSS d'Ahuntsic et Montréal-Nord
11441, boul. Lacordaire
Montréal-Nord (Québec) H1G 4J9
Téléphone : 514 384-2000, poste 7435
Télécopieur : (514) 955-2647

NE RIEN INSCRIRE DANS LA MARGE

NE RIEN INSCRIRE DANS LA MARGE





AMN025-D

Dossier : _____ # Admis/Assign : _____

99909910 _____

Nom : Omnimed_test

Prénom : Jacques

Date de naissance : 1911-11-11

RÉFÉRENCE INTERNE ET PRÉSENTATION AU GUICHET D'ACCÈS

Site : Ahuntsic ; Montréal-Nord

Joindre les documents les plus pertinents et récents à cette référence

Orientation de la demande

Santé mentale jeunesse Déficience intellectuelle et physique et Trouble envahissant du développement

Jeunes en difficulté Petite enfance, jeunes et famille Services psychosociaux généraux

NOM DU REFERENT INTERNE : _____ PROGRAMME : _____

Fonction : _____ Téléphone : _____

(EN LETTRES MOULEES)

Contexte et motif de la demande

Besoins identifiés et symptômes actuels (préciser si diagnostics reçus. Où? Par qui? Quand?)

Type de services demandés (par intervenant, partenaires, jeune et parents)

NE RIEN INSCRIRE DANS LA MARGE

NE RIEN INSCRIRE DANS LA MARGE

Nom et prénom : Omnimed_test, Jacques

DDN : 1911-11-11

Numéro dossier : 99909910

Situation familiale

Est-ce que le client a un répondant légal : Père Mère Autre : _____

Nom du père _____ N° de dossier : _____

Nom de la mère _____ N° de dossier : _____

Autres personnes liées à la demande _____

Ressources d'aide reçues antérieurement

DÉBUT DES SERVICES	FIN DES SERVICES	NOM DU PROFESSIONNEL	SERVICE	ÉTABLISSEMENT/ ORGANISME	DOCUMENT		
					JOINT	DEMANDÉ	AU DOSSIER

Partenaires impliqués actuellement (incluant garderie, école, etc.)

DEPUIS QUAND?	NOM DU PROFESSIONNEL	SERVICE	ÉTABLISSEMENT/ ORGANISME	DOCUMENT		
				JOINT	DEMANDÉ	AU DOSSIER

Autres démarches en cours pour résoudre le problème

Langue de communication : _____

Disponibilités du client : _____

Nom, prénom : _____ Signature : _____

Fonction : _____ Date : 2020-08-06

NE RIEN INSCRIRE DANS LA MARGE

NE RIEN INSCRIRE DANS LA MARGE



AMN025-D

Admis/Assign : _____



CLINPRADIA-II

Type de prélèvement

ADN ARN

Date du prélèvement

06 / 08 / 2020

ID : 60,872,295,150

Sexe : M

Omnimed

160 rue Pope, Cookshire, Québec, J0B 1M0

Visit Confirmation

Objet : Jacques Omnimed_test

Date of Birth : 11/11/1911

On 20/06/2020

To whom it may concern,

The present letter is to attest that I examined Jacques Omnimed_test at my office.

I trust that this meets with your expectations.

Best regards,

Signature :

4502324 HUBERT-DESCHAMPS MIKAEL

Ce document est confidentiel.

Imprimé par : GHISLAIN LAFORTUNE



CHU Sainte-Justine

Le centre hospitalier
universitaire mère-enfant



HSJ-0508

99909910

Omnimed_test, Jacques

DDN : 1911/11/11

OMNJ11111111

2027-01

1 Rue Alpha APP La Ligne 2

Btown A1A1A1

819 111-2233

819 111-3322

CONSENTEMENT POUR ANALYSES MOLÉCULAIRES GÉNÉTIQUES (ENFANT)

Je, _____, né(e) le _____, consens à ce qu'une analyse de l'ADN de mon enfant Omnimed_test, Jacques, né(e) le: 1911/11/11, soit effectuée pour _____.

Cette analyse sera faite sur un échantillon de sang (si autre, spécifier : _____).

Dans certains cas, il arrive que le résultat obtenu soit difficile à interpréter.

- Je comprends qu'il est possible que l'on demande des **prélèvements sanguins chez les parents biologiques** pour aider l'interprétation des résultats.
- Je comprends qu'il est possible que les **implications du résultat obtenu pour la santé de mon enfant restent difficiles à établir.**

Il se peut que le test demandé n'identifie pas de changement génétique, même chez quelqu'un qui a la condition recherchée.

- Je comprends qu'un **résultat normal n'élimine pas complètement la possibilité qu'un changement génétique soit présent chez mon enfant** car un changement pourrait ne pas être détectable par la méthode utilisée, soit parce qu'il se trouve dans des parties du génome qui ne sont pas explorées par le test ou parce que la méthode utilisée ne peut détecter que certains types de changements.

Si un CGH ou autre test génomique est effectué :

On me communiquera tous les résultats **potentiellement reliés à la raison** pour laquelle le test a été effectué.

Dans de rares cas, il se peut que l'analyse révèle **par hasard** des résultats sans lien avec la raison pour laquelle le test a été demandé (**découvertes fortuites**). Le laboratoire **ne cherchera pas activement** ce genre de résultat : si le résultat de mon enfant est normal, cela n'élimine pas la possibilité qu'un/des changement(s) génétique(s) (autres que ceux visés par l'analyse demandée) soient présents chez lui/elle.

Dans le cas d'une découverte fortuite,

- On me communiquera les découvertes fortuites qui ont un **impact connu** pour la santé de mon enfant durant l'enfance et l'adolescence ou **pour lequel un traitement ou une surveillance préventive est actuellement disponible durant l'enfance ou l'adolescence.**
- Les découvertes fortuites n'ayant **pas d'impact connu sur la santé selon les connaissances actuelles** ou n'ayant des implications **qu'à l'âge adulte** ne me seront pas divulguées. L'état de porteur d'une condition récessive ne sera généralement pas divulgué.

Je comprends que les résultats des tests me seront communiqués par le professionnel qui m'a offert l'analyse et seront par la suite disponibles dans le dossier médical de mon enfant.

Si des analyses semblables sont faites chez des **membres de ma famille**, je permets ou ne permets pas que les résultats des tests de mon enfant soient utilisés pour aider à l'interprétation de leurs résultats.

Signature

2020/06/20

Date

Témoïn

2020/06/20

Date

J'ai expliqué l'analyse d'ADN proposée à la personne qui a consenti au test et j'ai répondu à ses questions.

Signature du professionnel

2020/06/20

Date

Formulaire de consentement

Omnimed

Jacques Omnimed_test

Sexe :	M	Numéro de dossier :	99909910
Âge :	108 ans	NAM :	OMNJ11111111
Téléphone :	Cell. 819 111-3322	Date de naissance :	11/11/1911

Section à remplir pour le consentement

Je donne, au docteur(e), HUBERT-DESCHAMPS MIKAEL, l'autorisation d'avoir accès à l'information nécessaire à la prestation des soins ou des services requis par mon état de santé et, le cas échéant, de transmettre, dans la plus grande confidentialité, et en respect des lois applicables, à tout professionnel de la santé et des services sociaux qui contribue aux services que je reçois de docteur(e) HUBERT-DESCHAMPS MIKAEL, l'information nécessaire à la prestation des soins ou des services requis par mon état de santé. Ce consentement permet de visualiser les données antérieures de mon dossier seulement. Ce consentement demeure valide pour la durée de la relation thérapeutique entre Jacques Omnimed_test et HUBERT-DESCHAMPS MIKAEL à moins d'avis contraire de la part du patient.

Titulaire de l'autorité parentale Tuteur Mandataire Curateur Usager

Signature

Date : 20/06/2020

[Signature de l'usager ou de la personne habilitée à communiquer des renseignements pour l'usager]

Ce consentement est valable pour les informations contenues dans la banque de données du DMÉ d'Omnimed (vos rapports de laboratoire, de radiologie et de consultation médicale, incluant les données qui auraient pu être importées du DSQ) qui ont été recueillies depuis le premier janvier 2003 jusqu'à ce jour.

Omnimed

160 rue Pope, Cookshire, Québec, J0B 1M0

Convention relative au droit applicable et à l'attribution de juridiction pour un médecin en pratique privée

Jacques Omnimed_test

[nom du patient]

et MIKAEL HUBERT-DESCHAMPS

[médecin en pratique privée]

(ci-après collectivement désignés les "parties") s'entendent comme suit :

Droit applicable

Les parties conviennent par les présentes que :

- a) tous les aspects de la relation entre Jacques Omnimed_test et MIKAEL HUBERT-DESCHAMPS (ainsi que ses mandataires, délégués et préposés, et tout médecin et autre professionnel de la santé indépendant qui administrent des services médicaux ou autres soins et traitements de santé à Jacques Omnimed_test, ou en association avec MIKAEL HUBERT-DESCHAMPS) y compris, notamment, les services médicaux ou autres soins et traitements de santé qui sont administrés à Jacques Omnimed_test, et
- b) le règlement de tous les conflits découlant de cette relation ou y étant reliés, y compris les conflits découlant de la présente convention ou s'y rapportant,

seront régis et interprétés conformément aux lois de la province ou du territoire du QUEBEC et aux lois du Canada s'y appliquant (à l'exception des règles de conflits de lois).

Juridiction exclusive

Les parties reconnaissent par les présentes que les services médicaux ou autres soins et traitements de santé que Jacques Omnimed_test reçoit de MIKAEL HUBERT-DESCHAMPS seront administrés dans la province ou le territoire du QUEBEC, et que les tribunaux de la province ou du territoire du QUEBEC auront la compétence exclusive d'entendre toute plainte, demande, réclamation, procédure ou cause d'action de quelque nature que ce soit découlant de ces services médicaux ou autres soins et traitements de santé, ou de tout autre aspect de la relation entre Jacques Omnimed_test et MIKAEL HUBERT-DESCHAMPS ou s'y rapportant.

Date : 20/06/2020

Jacques Omnimed_test

[nom du patient]

Signature du patient ou de la personne habilitée à consentir au nom du patient

Date : 20/06/2020

MIKAEL HUBERT-DESCHAMPS

[médecin en pratique privée]

Signature du médecin en pratique privée



Omnimed

160 rue Pope, Cookshire, Québec, J0B 1M0

Lettre de mise en quarantaine / Quarantine letter

Objet : Jacques Omnimed_test

Date de naissance : 11/11/1911

Le 06/08/2020

Note médicale pour auto-isolation

Selon les recommandations des gouvernements provinciaux et fédéraux, toute personne ayant séjourné à l'extérieur du pays doit s'isoler pour 14 jours, durée de l'incubation du virus COVID-19.

Afin de respecter ces recommandations, Jacques Omnimed_test doit s'absenter du travail ou de l'école à partir du 20/06/2020 15:00 selon les recommandations et directives en vigueur.

Medical note for self-isolation

According to the recommendations of the provincial and federal governments, anyone who has travelled outside the country must isolate themselves for 14 days, the duration of the incubation period of the COVID-19 virus.

In order to comply with these recommendations, Jacques Omnimed_test must be absent from work / school from 20/06/2020 15:00 according to the recommendations and directives enforced.

Signature :

GHISLAIN LAFORTUNE (au nom de : HUBERT-DESCHAMPS MIKAEL)

Ce document est confidentiel. / This is a confidential document.

Imprimé par / Printed by: GHISLAIN LAFORTUNE

Demande de règlement / Claim Form

Frais médicaux et paramédicaux
Extended Health Care Benefit

Nom Name:	Jacques Omnimed_test		
Adresse Address:	1 Rue Alpha La Ligne 2	Btown	
	<small>N° et rue / No. and Street</small>	<small>Ville / City</small>	
	QC	A1A1A1	
	<small>Province / Province</small>	<small>Code postal / Postal Code</small>	

Nom de l'adhérent / Name of participant

N° de contrat / Contract No.

N° de certificat / Certificate No.

* **Veillez remplir ce formulaire et y joindre les originaux de vos factures et reçus détaillés. Ces documents ne vous seront pas retournés, veuillez donc en conserver des copies pour fins de vérification.**

* **Please fill out this form and enclose original copies of your bills and receipts. These documents will not be returned. Duplicates should be retained for your file.**

Les frais ont-ils été engagés à la suite d'un accident ?
Were expenses incurred following an accident? oui/yes non/no Si oui, veuillez préciser / If yes, please specify: _____

Date/Date: _____ Lieu / Location: _____

Circonstances / Circumstances: _____

Les frais faisant l'objet de la demande sont-ils couverts par un autre contrat d'assurance ?
Are the expenses submitted covered under any other insurance contract? oui/yes non/no

Votre conjoint détient-il un autre contrat d'assurance ?
Is your spouse covered under another health insurance contract? oui/yes non/no sans objet/no applicable

Si oui/ If yes: _____
N° de contrat / Contract No. Nom de l'assureur / Insurer's name

N.B. : Le conjoint couvert par un autre contrat d'assurance doit d'abord présenter une demande de règlement à son assureur puis fournir à Croix Bleue du Québec le relevé de paiement accompagné d'une copie des reçus soumis. Les demandes de règlement relatives aux enfants doivent être présentées à l'assureur du parent (père ou mère) dont l'anniversaire de naissance arrive en premier dans l'année civile.

N.B.: *The spouse who is covered by another health insurance plan must first submit a claim to his/her insurer. Afterwards, provide Québec Blue Cross with a copy of the receipts with detailed account of benefits paid. Claims for children must be submitted to the insurer of the parent (father or mother) whose birthday occurs first in the calendar year.*

Je certifie que les frais soumis ont été engagés par la suite d'une maladie ou d'un accident et que mes déclarations sont complètes et véridiques. De plus, j'autorise Croix Bleue du Québec à demander aux professionnels de la santé et/ou aux centres hospitaliers concernés l'information nécessaire au règlement de cette demande.
I certify that the expenses submitted were incurred following an illness or an accident and that my statements are true and complete. Furthermore, I authorize Québec Blue Cross to obtain from the medical practitioner and/or medical centre all pertinent information relevant to this claim.

06-08-2020 _____ **800 567-4808**
Date / Date Signature / Signature N° de téléphone / Telephone No.

**Veillez détailler les frais médicaux au verso.
Please provide information on medical expenses
on the back of this form.**

Si les frais concernent un enfant à charge (de plus de 18 ou 21 ans - selon le contrat - et de moins de 25 ans), veuillez confirmer le statut d'étudiant :
 If you are claiming for a dependent child (aged over 18 or 21 [according to the contract] but under 25) please confirm his/her student status:

Prénom <i>First name</i>	Nom de l'école, collège ou université fréquenté <i>Name of school, college or university attended</i>	Session <i>Semester</i>	Temps plein <i>Full time</i>	Temps partiel <i>Part time</i>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* Veuillez indiquer le total des frais soumis par patient et par ordre chronologique.
 * Please indicate the total amount submitted for each patient, in chronological order.

Prénom <i>First name</i>	Date de naissance <i>Date of birth</i>			Sexe <i>Sex</i>	Lien de parenté <i>Relationship</i>	Montant soumis <i>Amount submitted</i>	Date d'achat <i>Date of purchase</i>	N° d'assurance maladie <i>Public Health Insurance No.</i>
	jour <i>Day</i>	mois <i>Month</i>	année <i>Year</i>					
Total								

550, rue Sherbrooke Ouest, bureau B-9 Montréal (Québec) H3A 3S3 Tél.: (514) 286-8430

Nom du patient Patient's name	Lien de parenté Relationship	Sexe Sex	Âge Age	NO de contrat Contract no	NO de certificat Certificate No	N'écrivez pas Do not write					
Omnimed_test, Jacques		M	108								
Nom du souscripteur Subscriber's name				DIAGNOSTIC -DIAGNOSIS							
Omnimed_test, Jacques											
Adresse Address	1 Rue Alpha La Ligne 2	Ville City	Btown								
Province Province	QC	Code postal Postal code	A1A1A1								
NATURE DES SOINS NATURE OF SERVICES					Code de service Service code	Jour Day	Mois Month	Année Year	Honoraires Fees		
Nom, adresse et spécialité du fournisseur des services Name, address and specialty of the provider of services Mikael, Hubert-Deschamps Omnimed 160 rue Pope, Cookshire, A1A1A1					Par les présentes, je cède les prestations auxquelles j'ai droit, en vertu de la présente demande, au fournisseur des services identifié ici, et j'autorise Croix Bleue de Québec à le payer directement. I hereby assign my benefits payable from this claim to the herein named provider of services and authorize Québec Blue Cross to pay the said provider directly.						
					_____ Signature du souscripteur - Subscriber's signature						
					A l'usage de l'assureur - For insurer's use only						
Signature :	# RAMQ	Visites Visits	Visites couv. Cov. visits	Sexe Sex	Date		Honoraires Fees	Paiement Payment			
Date	06 / 08 / 2020										

SERVICE DES RENDEZ-VOUS DU CENTRE HOSPITALIER
TÉL.: (418) 228-8063 / 1 800 833-8063



BCE0354

RÉSERVATION POUR PATIENTS EXTERNES

No de chambre	No dossier 99909910			
Nom et prénom	Omnimed_test, Jacques			
Nom et prénom de la mère	Test, Maude			
Nom et prénom du père	Test, Mario 1			
Date de naissance	Âge	Sexe	No assurance maladie	Expiration
1911/11/11	108	M	OMNJ11111111	2701
Adresse	Ville		Code postal	Date d'admission
1 Rue Alpha	Btown		A1A1A1	
	Installation		Médecin traitant	

Hospitalisé Externe inscrit Externe enregistré

No de téléphone : 819 111-2233 Autre no de téléphone : () - (Travail : 819 111-3322)

RÉSERVATION POUR PATIENTS EXTERNES

Nom du conjoint : _____ Téléphone : _____

EXAMENS DEMANDÉS

LABORATOIRE

RADIOLOGIE

ELECTROPHYSIOLOGIE

AUTRES

Exclusif pour le PQDCS (50-69 ans)

CCD _____ Mammographie de dépistage

CRID _____ Examens complémentaires _____

Consultation _____

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES :

Signature du médecin : _____ Date : 2020/08/06

Adresse : 160 rue Pope, Cookshire, Québec, J0B 1M0

Copie conforme : _____

TRÈS IMPORTANT POUR LE PATIENT

- Pour prendre rendez-vous, **ayez toujours en main votre carte de l'hôpital.**
- Téléphonez entre 8h et 17h du lundi au vendredi pour connaître l'heure et le jour de votre rendez-vous au centre hospitalier.
- Apportez à toutes les fois la **CARTE D'IDENTIFICATION** et la **CARTE D'ASSURANCE-MALADIE** au bureau du médecin et au centre hospitalier.
- Soyez à votre rendez-vous à l'heure exacte.



2013-12-17

1 de 1
09-100-060

PRÉPARATION OBLIGATOIRE POUR DIVERS EXAMENS

A JEÛN: 4 heures
12 heures
14 heures

PAS DE LIQUIDE, PAS D'ALIMENT PENDANT LE TEMPS DÉSIGNÉ, AVANT LE RENDEZ-VOUS.

LABORATOIRE

EXAMENS DE LABORATOIRE

Pour la majorité des examens: À jeûn 4 heures

CHOLESTÉROL ET TRIGLYCÉRIDES:	À jeûn 14 heures.
FER SÉRIQUE + SÉDIMENTATION:	À jeûn 4 heures. Le prélèvement doit être prélevé entre 08:00 et 09:00 du matin
HYPERGLYCÉMIE PROVOQUÉE:	<ol style="list-style-type: none">1. Les trois jours avant l'examen, le patient mange normalement. Il prend trois repas par jour et ne doit pas craindre de prendre des collations sucrées ou des desserts.2. Douze (12) heures avant l'épreuve (19:30, la veille) le patient reste à jeûn et ne doit pas fumer. Le patient peut boire de l'eau mais pas d'alcool après le souper de la veille.3. Au réveil, le patient peut prendre deux verres d'eau et s'abstenir de fumer jusqu'à la fin de l'examen.4. Le patient doit se rendre à l'hôpital pour 07:30 le matin de l'examen.
PAPANICOLAOU:	Cet examen exige d'être pris dix (10) jours après la première journée des menstruations. Pas de crème, ni onguent, ni douche vaginale deux (2) jours avant.
OXYURES:	Prélèvement anal spécial (tiges fournies par l'hôpital).
PARASITOLOGIE:	Trois (3) selles prises à des heures différentes (récipients fournis par le médecin ou l'hôpital).
PRÉLÈVEMENT VAGINAL:	Pas de crème, ni douche vaginale, deux (2) jours avant.

IMAGERIE MÉDICALE

EXAMENS DE RADIOLOGIE

ÉCHOGRAPHIE	ABDOMINALE: (Haute) (Foie, Pancréas, Reins, Surrénales, Aorte)	À jeûn 12 heures.
	PELVIENNE: (Abdominale basse)	Boire 720 ml (25 onces) d'eau 1 1/2 heure avant l'examen et ne pas uriner à partir de ce moment. N.B. Important d'avoir la vessie pleine pour l'examen.
	OBSTÉTRICALE (Jusqu'à 30 semaines)	
	ABDOMINALE ET PELVIENNE:	À jeûn 12 heures. Boire 720 ml (25 onces) d'eau 1 1/2 heure avant l'examen et ne pas uriner à partir de ce moment.
	OBSTÉTRICALE. (Plus de 30 semaines)	Boire environ 180 ml (6 onces) d'eau 1 heure avant l'examen et ne pas uriner par la suite.
	TRANSIT DIGESTIF: (Repas baryté)	À jeûn et ne pas fumer depuis minuit.
	CYSTOGRAPHIE MICTIONNELLE:	
	(Adulte):	LE JOUR PRÉCÉDENT L'EXAMEN: un (1) lavement FLEET au coucher.
	(Enfant):	(0 - 10 ans) Aucune préparation
	-LAVEMENT BARYTÉ:	LE JOUR PRÉCÉDENT L'EXAMEN
	ADULTE (14 ans et plus)	12:00 H Dîner: <u>Aliments permis:</u> soupe claire aux pâtes alimentaires, viandes et volailles tendres cuites au four, riz blanc, pain blanc, jus de tomates, jus de fruits coulés, jello, thé, café. <u>Aliments à éviter:</u> fruits, légumes (incluant la pomme de terre), produits céréaliers à grains entiers, noix et graines. 16:00 H Boire tout le contenu de la bouteille CITRO-MAG avec de la glace. 17:00 H Boire 225 ml d'eau (8 onces). 18:00 H Souper: Voir 12:00 H - dîner. 19:00 H Prendre 3 comprimés de BISACOLDYL 5 mg avec un grand verre d'eau. 20:00 H Boire 225 ml d'eau (8 onces). 21:00 H Boire 225 ml d'eau (8 onces). 22:00 H Utiliser le suppositoire de BISACODYL 10 mg. L'introduire dans le rectum, attendre au moins 10 à 15 minutes avant d'aller à la selle, même si le besoin est urgent. AUCUN ALIMENT APRÈS 22 HEURES.
		LE JOUR DE L'EXAMEN: AUCUN ALIMENT NE PEUT ÊTRE INGÉRÉ AVANT L'ACHÈVEMENT DE L'EXAMEN.
	-PYÉLOGRAPHIE: OU -UROGRAPHIE: (14 ans et plus)	LE JOUR PRÉCÉDENT L'EXAMEN: 16:00 H Boire tout le contenu de la bouteille CITRO-MAG avec de la glace. S'abstenir de boire après 23:00 H LE JOUR DE L'EXAMEN: À jeûn

N.B. - Pour les enfants de 0 à 14 ans, veuillez communiquer avec le service d'imagerie médicale au numéro de téléphone 228-2031, ext. 7280, qui vous expliquera la préparation.
- Lavement FLEET, CITRO-MAG ET BISACODYL disponible à votre pharmacie.

DEMANDE D'EXAMENS DE GRAPHIE GÉNÉRALE
SANS RENDEZ-VOUS

La clinique de sans rendez-vous de l'imagerie médicale se tient du
lundi au vendredi de 8h00 à 15h00 sauf les jours fériés (fermé)

Si patient hospitalisé faxer la requête au 418-275-1115

99909910

Jacques Omnimed_test

OMNJ111111 (2701) Sexe: M DDN: 11-11-1911

1 Rue Alpha La Ligne 2
Btown, QC, A1A1A1

M: 819 111-2233

T: 819 111-3322 Ext:

Père : Mario 1 Test

Mère : Maude Test

LORS DE VOTRE VISITE, IL EST IMPORTANT D'APPORTER VOS CARTES (HOPITAL ET ASSURANCE-MALADIE) AINSI QUE CE FORMULAIRE.

1. RENSEIGNEMENTS CLINIQUES :

2. DEMANDÉ PAR :

(4502324)

06/08/2020

Signature du médecin référent, no. de licence(Obligatoire) Copie à :

Date :

3. PROVENANCE DE LA DEMANDE : Urgence Hospitalisé Externe

• Urgent : { Aujourd'hui
Demain

Semi-urgent : {

Électif

Suivi dans : _____

Encercler l'(les) examens(s) demandé(s)

TÊTE ET COU		MEMBRES SUPÉRIEURS	
8024	ART. TEMPORO. MAX.	8074	OMOPLATE : G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>
8037	CAVUM	8075	ART. ACROMIO-CLAV. G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>
8037	TISSU MOU DU COU	8118	ART. STERNO-CLAV. G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>
8124	MASSIF F. + ORBITES	8060	CLAVICULE G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>
8023	MAXILLAIRE INF.	8062	ÉPAULE G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>
8031	NEZ	8063	HUMÉRUS G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>
8030	ŒIL RECH. C.E.	8064	COUDE G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>
8125	SINUS	8065	AVANT-BRAS G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>
8013	CRÂNE	8066	POIGNET G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>
COLONNE ET BASSIN		8066	SCAPHOÏDE G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>
8127	COL. CERVICALE	8067	MAIN G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>
8042	COLONNE DORSALE	8068	MAINS ET POIGNETS G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>
8059	COLONNE LOMBO-SACRÉE	8069	DOIGT, SPÉCIFIEZ : G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>
8054	BASSIN	FILMS LUXATION <input type="checkbox"/>	
8101	SACRUM	MEMBRES INFÉRIEURS	
8110	COCCYX	8080	HANCHE G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>
8058	ART. SACRO-ILIAQUES	8083	FÉMUR G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>
8053	SÉRIE SCOLIOTIQUE	8084	GENOU G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>
		8084	ROTULE G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>
ÉTUDE DU SQUELETTE		8085	JAMBE G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>
8093	ÂGE OSSEUX	8086	CHEVILLE G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>
8281	SÉRIE OSSEUSE	8087	PIED G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>
8282	SÉRIE MÉTASTATIQUE	8090	ORTEIL, SPÉCIFIEZ : G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>
		8087	TALON, CALCANÉUM G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>
ABDOMEN		8091	SCANOGRAPHIE, M. INF. G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>
8150	ABDOMEN SIMPLE	FILMS DE STRESS <input type="checkbox"/>	
8152	ABDOMEN INCIDENCES MULTIPLES	THORAX	
		8100	POUMONS
		8115	HÉMI-THORAX G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>
		8117	STERNUM

ESPACE RÉSERVÉ AU SERVICE D'IMAGERIE MÉDICALE

Étiquette avec code à barre

DEMANDE D'EXAMENS SPÉCIALISÉS EN IMAGERIE MÉDICALE
AVEC RENDEZ-VOUS

99909910

Jacques Omnimed_test

OMNJ1111111 (2701) Sexe: M DDN: 11-11-1911

1 Rue Alpha La Ligne 2
Btown, QC, A1A1A1

M: 819 111-2233

T: 819 111-3322 Ext:

Père : Mario 1 Test

Mère : Maude Test

Bien identifier le patient avec son nom, prénom et numéro de téléphone ainsi que tous les renseignements demandés par la requête, sinon elle vous sera retournée par fax.

Si patient externe :

- ♦ Remettre la requête à votre patient
- ♦ Si urgent, faxer la requête au 418-275-1115
- ♦ Pour prendre rendez-vous pour les examens de mammographies et échographies, téléphonez au **418-275-0110 poste : 5000, pour les autres types de rendez-vous téléphonez au 418-275-8433**
- ♦ Lors de votre visite, il est important d'apporter vos cartes (Hôpital et Assurance-maladie) ainsi que ce formulaire.

PROVENANCE DE LA DEMANDE : Urgence Hospitalisé Externe

Si patient hospitalisé : Faxer la requête au service de l'imagerie médicale au 418-275-1115

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES : _____

DEMANDÉ PAR : _____ (4502324) _____ 06/08/2020
Signature du médecin référent, no. de licence(Obligatoire) Copie à : _____ Date

• Urgent : { Aujourd'hui / Demain } Semi-urgent : { } Électif Suivi dans : _____
Pour le : _____

• Type d'isolement : Aucun Contact Contact + Aérienne contact Gouttelette contact

ABDOMEN ET TUBE DIGESTIF

8133	DÉGLUTITION	8162B	TRANSIT D.C. ET GRÊLE
8157	ŒSOPHAGE	8160B	LAV. BARYTÉ D.C.
8156	GRÊLE	8171B	CHOLANGIO PAR TUBE
8158B	TRANSIT DIGESTIF D.C	8163	CHOLANGIO PER OP.

AUTRES :

SYSTÈME URINAIRE 4502324

8181	UROGRAPHIE I.V.	8190	CYSTOGRAPHIE (Mictionnelle)
	PYELOGRAPHIE PAR TUBE		

EXAMENS SPÉCIAUX

8116	ARTHROGRAPHIE ÉPAULE	G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	8197	HYSTÉRO-SALPINGOGRAPHIE
0418	BRIS DE DÉPÔT CALCAIRE ÉPAULE	G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	0217	BLOC FACETTAIRE NIVEAU :
0178	INFILTRATION HANCHE :	G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>		
	SACRO-ILIAQUE :	G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	AUTRES :	

AUTRES

10210 OSTÉODENSITOMÉTRIE

MAMMOGRAPHIE

8079	DÉPISTAGE 50 À 69 ANS	8135	DÉPISTAGE MOINS DE 50 ANS OU PLUS DE 70 ANS
8049	DIAGNOSTIQUE G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>		

ÉCHOGRAPHIE

8326	ABDOMINALE	8321	PELVIENNE <input type="checkbox"/> TRANSVÉSICALE <input type="checkbox"/> ENDOVAGINALE <input type="checkbox"/>
8333	SEIN G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	8330	THYROÏDE <input type="checkbox"/> COU <input type="checkbox"/>
8335	SURFACE Spécifiez :	AUTRES :	

DOPPLER

8392	VEINEUX MEMBRE INFÉRIEUR	G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	8426	VEINEUX MEMBRE SUPÉRIEUR	G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>
8350	CAROTIDES		AUTRES :		

IMAGERIE MÉDICALE
DEMANDE D'EXAMEN POUR TOMODENSITOMÉTRIE

FAXEZ VOTRE DEMANDE AU : 418-275-1115

99909910

Jacques Omnimed_test

OMNJ111111 (2701) Sexe: M DDN: 11-11-1911

1 Rue Alpha La Ligne 2
Btown, QC, A1A1A1

M: 819 111-2233

T: 819 111-3322 Ext:

Père : Mario 1 Test

Mère : Maude Test

Bien identifier le patient avec son nom, prénom et numéro de téléphone ainsi que tous les renseignements demandés par la requête, sinon elle vous sera retournée par fax.

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES : _____

DEMANDÉ PAR : _____ (4502324) _____ 06/08/2020
Signature du médecin référent, no. de licence(Obligatoire) Copie à : _____ Date :

PROVENANCE DE LA DEMANDE : Urgence Hospitalisé Externe

• Urgent : { Aujourd'hui Demain } Semi-urgent : { Pour le : _____ } Électif Suivi dans : _____

• Allergie iode NON OUI Type de réaction : _____

• Type d'isolement : Aucun Contact Contact + Aérienne contact Gouttelette contact

TOMODENSITOMÉTRIE			
8259	Tête	C- <input type="checkbox"/>	C+ <input type="checkbox"/>
8258	Polygone de Willis		
8290	Sinus		
8290	Massif facial		
8260	Cou	C- <input type="checkbox"/>	C+ <input type="checkbox"/>
8263	Thorax	C- <input type="checkbox"/>	C+ <input type="checkbox"/>
8439	Protocole embolie		
Angio TDM : spécifiez _____			
8268	Entérosscan		
8264	Abdomen		
8266	Pelvis		
8275	Rachis : spécifiez _____		
8268	Protocole d'hématurie		
8269	Protocole de lithiasse		
8035	Colonoscopie virtuelle		
8277	Extrémités : spécifiez _____		
Autres : spécifiez _____			

Examen avec injection : DFGE obligatoire (moins de trois (3) mois) si patient > 40 ans ou autre indication clinique.

Valeur DFGE : _____ DFGE demandée

Protocole radiologiste :

Protocole : _____

À jeun Non à jeun
Délai : Urgent 2 semaines
 1 mois Soir
 Électif

À L'USAGE DU MÉDECIN

N° dossier : 99909910

Nom : **Omnimed_test**

Prénom : **Jacques**

Date de naissance : **11 / 11 / 1911**

TÉLÉPHONE : **Jour : 819 111-3322 Ext :** **Soir : 819 111-2233**

➔ PRENDRE UN RENDEZ-VOUS DANS L'UN DE NOS CENTRES (VERSO)

➔ INSTRUCTIONS POUR CERTAINS EXAMENS (VOIR AU VERSO)

Au médecin : encercler le numéro de l'analyse désirée

À JEUN DEPUIS 20 HEURES

- 1 Cholestérol
- 2 HDL-LDL cholestérol
- 3 Triglycérides
- 4 Hyperglycémie provoquée

À JEUN DEPUIS MINUIT

- 5 Glucose
- 6 Fer 7 Capacité de fixation, %
- 8 B12 9 Acide folique
- 10 Ac. folique intra-érythrocytaire
- 11 Prolactine

NON À JEUN

- 12 Glucose au hasard
- 13 Glucose 2 h.
- 14 Glucose 1 h. post 50 g.
- 15 Hb glyquée
- 16 Urée 17 Créatinine
- 18 Na 19 K 20 Cl
- 21 CK 22 AST 23 ALT
- 24 Phos. alc. 25 GGT
- 26 Bilirubine 27 Urate
- 28 Ca 29 Phos 30 Mg
- 31 Prot. tot. 32 Albumine
- 33 Amylase 34 Électro. protéines

NON À JEUN

- 35 FSH 36 LH
- 37 Digoxine 38 Théophylline
- 39 Dilantin 40 Ac. valproïque
- 41 Lithium 42 Carbamazépine
- 43 Urine S&M
- 44 Micro-Albuminurie
- 45 B-HCG urinaire
- 46 B-HCG sérique dosage
- 47 TSH 48 Ferritine
- 49 PSA 50 Testostérone

N°s 37 à 42 (dernière dose) :

DATE : _____ HEURE : _____

MICROBIOLOGIE

- 51 Culture des urines
- 52 Culture pharyngé
- 53 Culture de selles (2d)
- 54 Selles Re : sang (3d)
- 55 Selles parasites (2d)
- 56 Selles : C. difficile (1d)
- 57 Chlamydia 58 Gonorrhée
- 59 RA test 60 Monotest
- 61 Rubéole 62 VDRL (RPR)
- 63 Hélicobacter Pylori
- 64 VIH

NON À JEUN - HÉMATOLOGIE

- 65 Formule sanguine
- 66 Sédimentation
- 67 Temps de Quick
- 68 Temps de céphaline
- 69 PFA-100
- 70 Groupe sanguin
- 71 Coombs indirect
- 72 Réticulocytes
- 73 FAN
- 74 Hbs Ag 75 Anti-Hbs
- 76 Sérologie hépatite A
- 77 Sérologie hépatite B
- 78 Sérologie hépatite C
- 79 Immuno-électrophorèse

Autres : _____

ÉLECTROCARDIOGRAMME

80 ECG

Médication : _____

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES OBLIGATOIRES

Mikael

Nom du médecin en lettres moulées

Signature du médecin

06 / 08 / 2020

Date

Saint-Raymond
Hôpital régional de Portneuf
700, rue Saint-Cyrille
Saint-Raymond (Québec) G3L 1W1
Tél. : 418 337-4611, poste 8

Pont-Rouge
3, rue du Jardin
Pont-Rouge (Québec) G3H 0A8
Tél. : 418 873-6062

Donnacona (et Portneuf)
400, Route 138
Donnacona (Québec) G3M 1C3
Tél. : 418 285-2626

Saint-Marc-des-Carrières
1045, boulevard Bona-Dussault
Saint-Marc-des-Carrières (Québec) G0A 4B0
Tél. : 418 268-3571, poste 6239

Saint-Ubalde
427A, boulevard Chabot
Saint-Ubalde (Québec) G0A 4L0
Tél. : 418 277-2256

Rivière-à-Pierre
605, rue de l'Église
Rivière-à-Pierre (Québec) G0A 3A0
Tél. : 418 337-4611, poste 535

PRÉPARATION POUR EXAMENS

CENTRE DE PRÉLÈVEMENTS :

Notez votre rendez-vous

DATE : _____ HEURE : _____

NON À JEUN : Vous pouvez boire et manger.

À JEUN : À jeun depuis 20 h (8 h PM) la veille du prélèvement; vous devez vous abstenir de manger et de boire : l'eau est permise. Si médicaments prescrits : prenez-les.

THÉOPHYLLINE (38) : Généralement, doit être prélevé 2 à 4 heures après la prise du médicament.

LITHIUM (41) : Doit être prélevé 10 à 12 heures après la prise du médicament.

DIGOXINE (37) : Doit être prélevé 8 à 24 heures après la prise du médicament.

AUTRES MÉDICAMENTS : Nous recommandons de ne pas prendre la dose du matin et d'apporter votre médicament pour le prendre après la prise de sang. S'il y a lieu, vous prenez votre dose habituelle de la veille au soir.

HYPERGLYCÉMIE PROVOQUÉE (4) :

Demander la diète de 3 jours à suivre avant cette épreuve; votre médecin ou le personnel de l'accueil de votre établissement peut vous la remettre. Cette épreuve dure environ 3 heures.

COLLECTE DE L'URINE DES 24 HEURES OU DE LA NUIT :

Se procurer un pot à cet effet dans l'établissement de votre choix et suivre les instructions sans oublier une seule miction.

PFA-100 (69) :

Ne pas prendre d'aspirine et indiquer au personnel qui effectue l'analyse si vous prenez des médicaments.

SELLES (53 à 56) :

Le personnel de l'établissement vous remettra des pots spécifiques à l'analyse prescrite. Suivez les instructions.

➔ **APPORTEZ VOTRE CARTE D'HÔPITAL ET VOTRE CARTE D'ASSURANCE MALADIE.**

CYTOLOGIE GYNÉCOLOGIQUE

Centre de santé et de services sociaux
de Trois-Rivières
Centre hospitalier affilié universitaire régional

Centre hospitalier régional
1991, Boul. du Carmel, Trois-Rivières
Qc. G8Z 3R9
Laboratoire de cytologie
Tél : (819) 697-3333 (6-3232)

Utiliser la carte CHRTR ou RAMQ

Dossier ou RAMQ OMNJ11111111

Nom, prénom _____

Omnimed_test, Jacques

Date de naissance 11-11-1911

*Date du prélèvement 20-06-2020

*Provenance (lieu) du prélèvement Omnimed 160 rue Pope, Cookshire, Québec, J0B 1M0

Clinique de colposcopie

*Numéro de téléphone 800 567-4808

*Type de prélèvement : Col et endocol : Cytobrosse

Voûte vaginale uniquement

Test de fougère

Autre : _____

*Nombre de lame acheminée _____

*Priorité : Routine

Urgent

*RENSEIGNEMENTS CLINIQUES PERTINENTS

DDM (A/M/J) : ____ / ____ / ____

Durée du cycle : ____ jours

Irrégulier

Grossesse ____ sem.

Post-partum ____ sem.

Phase menstruelle présentement.

Ménopausée à ____ ans.

Saignement post ménopause

Contraceptifs oraux

Stérilet

Hormonothérapie substitutive

Frottis antérieur dans un autre centre, spécifiez : _____

Col friable

Condylomes génitaux

Porteuse de l'ADN du VPH à haut risque

Résultat du frottis antérieur si anormal :

Atypie des cellules épidermoïdes (ASC-US)

Atypie éliminer haut grade (ASC-H)

Atypie des cellules glandulaires

Lésion épidermoïde de bas grade

Lésion épidermoïde de haut grade

Atypies des cellules endocervicales

Atypies des cellules endométriales

Cancer (préciser) : _____

Traitement antérieur

Tamoxifen

Hystérectomie totale

Hystérectomie subtotal

Laser/cryothérapie

LEEP (anse disthermique) / conisation

Chimiothérapie date :

Radiothérapie date :

Site anatomique:

Autres renseignements :

*Nom du médecin responsable (lettres moulées) : HUBERT-DESCHAMPS MIKAEL

*No de pratique : 4502324

*Nom de la personne ayant effectué le prélèvement : _____

Lettres moulées

Signature

Envoyer copie conforme du rapport à (nom en lettres moulées avec no de pratique) : _____

ATTENTION : * indique les champs à remplir obligatoirement, sinon la demande vous sera retournée afin de la compléter. N'OUBLIEZ PAS D'INSCRIRE LA DOUBLE IDENTIFICATION SUR LA LAME : nom, prénom et no. de dossier ou RAMQ.

OMNJ11111111 NAM



RAPPORT DE SUIVI D'UNE LÉSION MUSCULO-SQUELETTIQUE (AUTRE QUE LOMBALGIE)

Prénom et nom
à la naissance

Jacques Omnimed_test

Date de naissance	Année	Mois	Jour	Sexe	1927	01
	1911/11/11			M	Année	Mois
					Date d'expiration	
Init.	Nom du médecin	Numéro		Groupe		
	Hubert-Deschamps Mikael	4502324				

À l'usage de la CSST

N° de dossier CSST
du travailleur

--	--	--	--	--	--	--	--

Date de l'événement
d'origine

A	A	A	A	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

Date de récurrence, rechute
ou aggravation

A	A	A	A	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

Ce formulaire doit être rempli par le médecin qui a charge

A - Anamnèse

1. Maladie actuelle (description de l'événement ou des circonstances d'apparition de la lésion), caractéristiques de la douleur (siège, horaire, irradiation, etc.):

2. Antécédents et conditions en lien avec la lésion (au site, au pourtour et systémique):

3. Médication (avec et sans ordonnance):

B - Examen clinique détaillé au siège de la lésion

C - Diagnostic (le plus précis possible)

Code du diagnostic

--	--	--	--

D - Investigation (examens paracliniques)

E - Plan de traitement (incluant référence en spécialité)

F - Pour favoriser le maintien du lien d'emploi de votre patient (voir au verso)

La CSST peut-elle commencer ses démarches pour rechercher une solution de retour à un emploi adapté, en attendant la consolidation de la lésion?

a) oui non Dans semaine(s)

b) Quelles sont les contre-indications médicales à considérer?

G - Identifier s'il existe des facteurs pouvant limiter ou compromettre le retour au travail

Indiquer le numéro correspondant (voir au verso)

A - Croyances et comportements B - Facteurs psycho-sociaux C - Facteurs liés au travail Aucun Autres facteurs Précisez:

Date du prochain rendez-vous

A	A	A	A	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

Signature

A	2020	A	08	M	J	06
---	------	---	----	---	---	----

Code d'acte
09955

2816 (2011-03)

Copie blanche: CSST

Copie jaune: Médecin

Omnimed

160 rue Pope, Cookshire, Québec, J0B 1M0
Tel. : 800 567-4808 Fax. : 888 780-6081

DEMANDE D'UNE COPIE DU DOSSIER

Jacques Omnimed_test

1 Rue Alpha La Ligne 2
Btown, QC
A1A1A1

M: 819 111-2233

T: 819 111-3322 Ext:

NAM : OMNJ11111111 Exp. : 2701

Sexe : M

Date de naissance : 1911 11 11

Mère : Maude Test

Père : Mario 1 Test

Le 06 août 2020

Madame,

Monsieur,

Auriez-vous l'obligeance de nous faire parvenir une copie du dossier de Jacques Omnimed_test. Nous vous remercions de votre bienveillante collaboration.

Signature du requérant :

Hubert-Deschamps Mikael

Je, sousigné(e), autorise mon médecin traitant à remettre une copie de mon dossier au docteur Hubert-Deschamps Mikael (4502324), Omnimed.

Signature du patient

Signature du témoin

Ce document est confidentiel.

Imprimé par : GHISLAIN LAFORTUNE

DEMANDE DE SERVICE EN ERGOTHÉRAPIE

Service externe pédiatrique

L'enfant a-t-il été référé à un autre service :

SRSOR

CETED

CMR

Autre : _____

* Exclusion : Enfant en attente de service ou pris en charge par nos partenaires : CMR/SRSOR/Clinique CETED

IDENTIFICATION DE L'ENFANT RÉFÉRÉ

Nom, prénom : Omnimed_test, Jacques

Sexe : M F

DDN : 1911/11/11

Adresse (no civique, rue, no app.) : , 1 Rue Alpha, La Ligne 2

Ville et code postal : Btown, A1A1A1

No assurance maladie : OMNJ11111111

PERSONNE À CONTACTER

Nom, prénom :

Lien avec l'enfant :

Adresse :

Téléphone : Domicile : _____ Travail : _____ Autre : _____

☛ **COMPLÉTER LE VERSO S.V.P.**

MOTIFS DE LA DEMANDE

Diagnostic : _____

 Difficulté à l'alimentation (chez enfant 0-3 ans) : _____ Suspicion de troubles neurologiques : _____ Bébé ou enfant hospitalisé nécessitant une expertise immédiate : _____ **Enfant 0-7 ans** **Enfant 8 ans et plus** Retard de motricité fine (découpage, coloriage, écriture) : _____ Particularités sensorielles : _____ Difficultés dans les activités de la vie quotidienne (habillage, hygiène, utilisation ustensiles, etc) : _____ Difficultés d'organisation : _____ Difficultés attentionnelles : _____ Difficultés de coordination : _____ Difficultés à l'alimentation (chez enfant 4 ans et plus) : _____**Faire parvenir la référence par courrier ou par télécopieur au :**Centre de services ambulatoires et unité de médecine familiale
de Saint-Jean-sur-Richelieu**Att. : Centre de rendez-vous / Ergothérapie**

1225, rue Douglas

Saint-Jean-sur-Richelieu (Québec) J2W 0J2

Télécopieur : 450 741-3439

RÉFÉRENT

Nom : Hubert-Deschamps Mikael (4502324)

Établissement : Omnimed

Adresse : 160 rue Pope

Cookshire, Québec, J0B 1M0

Numéro de téléphone : 800 567-4808

Numéro de télécopieur : 888 780-6081

2020/08/06

Signature référent_____
Date de la demande

SECTION 1 To be completed by the parent

Social Insurance Number of the parent receiving child assistance

1.1 Information about the child

Family name Omnimed_test	Given name Jacques	Date of birth year month day 1911 11 11
-----------------------------	-----------------------	---

1.2 Consent to release personal information

I hereby give my consent to the professionals involved with my child to release the necessary information to the persons who will assess his or her eligibility for a supplement for handicapped children.

Name _____

Signature _____ Date _____

What is your relationship to the child? Mother Father Guardian

Note: Only the mother, father or guardian can give consent.

SECTION 2 To be completed by the professional

2.1 Diagnosis (to be completed in all cases)

Diagnosis	Date of diagnosis year month day	Medical work-up began on year month day

Date of the most recent appointment: _____

2.2 Objective elements related to any diagnoses indicated above

Weight and height			Premature birth		
Weight	Height	Measurements taken in year month	Was the child premature? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Weight at birth kg	Gestational age weeks

Note: Use a separate sheet if needed.

Give this part of the form to the parent.

2.3 Treatments and recommendations (to be completed in all cases)

Give the names of the professionals consulted and indicate their specialty (e.g., physician, occupational therapist, psychologist, speech-language pathologist, physiotherapist, psychoeducator, special education technician) as well as the date the assessment began and the current frequency of follow-ups.

Professional's name	Specialty	Since		Current frequency
		year	month	

Does your child have any upcoming assessments or follow-ups? Yes No

If so, describe the assessment or follow-up and, if known, indicate the date (name of the specialist, the specialty and the date of the follow-up appointment or assessment, if known).

Yes

No

The child has had or will have surgery.

	Carried out in		Planned (date or age)
	year	month	

The child takes medication on a regular basis (include chemotherapy or radiation therapy).

Since	Name of medication and total daily dose	Continuous	Periodically	Months/year
year month				
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

The child has been hospitalized or had severe decompensation episodes during the last year.

	Date		Duration
	year	month	

Give this part of the form to the parent.

2.4 Special medical care and apparatuses

Not applicable

Yes	No		Since when	Until when (expected)
			year month	year month
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	The child must use a wheelchair. _____	_____	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	The child must use a walker. _____	_____	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	The child uses one or more orthotic devices. <input type="checkbox"/> During the day <input type="checkbox"/> At night _____	_____	_____
		If so, indicate the type: _____	_____	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	The child requires oxygenation at home on a daily basis. _____	_____	_____
		If so, indicate the number of hours a day: _____	_____	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	The child has a surgical stoma. _____	_____	_____
		If so, indicate the type: _____	_____	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	The child requires a catheter on a daily basis. _____	_____	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	The child undergoes dialysis in a hospital setting. _____	_____	_____

2.5 Complex medical care at home

Not applicable

Yes	No	To be completed if the child requires one of the following types of complex medical care at home.		
			Since when	Until when (expected)
			year month	year month
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mechanical ventilation using BiPAP _____	_____	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tracheostomy with non-invasive mechanical ventilation _____	_____	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tracheostomy with invasive mechanical ventilation _____	_____	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Parenteral nutrition (intravenous hyperalimentation) _____	_____	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Administration of inotropes intravenously _____	_____	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Peritoneal dialysis _____	_____	_____

2.6 Additional information

2.6.1 Epilepsy

Not applicable

Describe the type of seizure (e.g., tonic-clonic, partial, absence):

Frequency of seizures: _____ Date of last seizure _____

Give this part of the form to the parent.

2.6 Additional information (continued)

2.6.2 Visual impairments

Not applicable

Yes	No	
		Visual acuity measured simultaneously in both eyes, after correction: _____ <small>year month day</small>
		Date of exam _____
		<input type="checkbox"/> Uncertain assessment. Reassess at age _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	The child is less than 4 years of age and wears contact lenses due to bilateral aphakia <small>year month</small> If so, since when _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	The child uses adapted aids for studying <input type="checkbox"/> Specialized manuals <input type="checkbox"/> Audio recordings <input type="checkbox"/> Magnifying devices <input type="checkbox"/> Braille <input type="checkbox"/> Other. Specify: _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	The child requires assistance to get around in familiar environments or to go to school. Specify: _____ _____ _____
		Other information that could help us assess the child's limitations (e.g., specialized services): _____ _____ _____

2.6.3 Hearing impairment

Not applicable

Yes	No	
		If the hearing assessment was carried out by any method other than pure-tone audiometry, information on the reliability of the method must be provided. <small>year month day</small>
		First assessment carried out in: _____ by <input type="checkbox"/> pure-tone audiometry <input type="checkbox"/> another method. Specify: _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	The child has a single cochlear implant. <small>year month day</small> If so, indicate the date of the surgery: _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	The child has two cochlear implants. <small>year month day year month day</small> If so, indicate the dates of the surgeries: _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	The child wears hearing aids on a daily basis. If not, explain why: _____ _____ _____
		Other information not indicated in the report from the speech-language pathologist or audiologist that could help us assess the child's limitations: _____ _____ _____

2.6.4 Cardio-respiratory limitations

Not applicable

Yes	No	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	The child has cardio-respiratory limitations. The child has signs or symptoms that limit him or her in carrying out life habits when: <input type="checkbox"/> Resting <input type="checkbox"/> Walking <input type="checkbox"/> Climbing stairs <input type="checkbox"/> Running

Give this part of the form to the parent.

2.6 Additional information (continued)

2.6.5 Language disorders

 Not applicable

Yes

No

The child lives in a multilingual environment.

If so, please specify the languages and the percentage of time the child is exposed to each language:

At home: _____ (_____ %) _____ (_____ %)

At daycare: _____ (_____ %) _____ (_____ %)

At school: _____ (_____ %) _____ (_____ %)

Language used for the speech-language assessment: _____

Other information that could help us assess the child's limitations:

2.6.6 Improvement

Yes

No

Do you expect the child's condition to improve?

If so, when? _____

2.7 Signature of the professional

Family name Mikael		Given name Hubert-Deschamps		Profession	
Address (number, street, apartment) 160 rue Pope			Licence number 4502324		
City Cookshire		Province Québec		Postal code J0B 1M0	
Telephone area code 800 567-4808		Other area code 888 780-6081		Extension	
Signature _____				Date year 2020 month 08 day 06	

Important:

- Be sure all sections of the form have been completed.
- Give the completed form and any documents you are able to provide to the parent.
- The parent is responsible for sending us the duly completed forms and the documents required for the category of handicap.

You can obtain additional information on the supplement for handicapped children:

Online

www.retraitequebec.gouv.qc.ca

By telephone

Québec region: **418 643-3381**

Montréal region: **514 864-3873**

Toll-free: **1 800 667-9625**

Give this part of the form to the parent.

SECTION 1 Doit être remplie par le parent

Numéro d'assurance sociale du parent qui reçoit le paiement de Soutien aux enfants

--	--	--

1.1 Renseignements sur l'identité de l'enfant

Nom de famille Omnimed_test	Prénom Jacques	Date de naissance année mois jour 1911 11 11
--------------------------------	-------------------	--

1.2 Consentement à la transmission de renseignements personnels

Je consens à ce que les professionnels qui interviennent auprès de mon enfant transmettent les renseignements nécessaires aux personnes qui évalueront son admissibilité au supplément pour enfant handicapé.

Nom _____

Signature _____ Date _____

À quel titre avez-vous signé? Mère Père Tuteur

Note: Seulement la mère, le père ou le tuteur peut donner son consentement.

SECTION 2 Doit être remplie par le professionnel

2.1 Diagnostics (à remplir dans tous les cas)

Diagnostic	Date du diagnostic			Date du début de l'investigation		
	année	mois	jour	année	mois	jour

Date de la dernière visite pour services professionnels _____

2.2 Éléments objectifs pertinents en lien avec le ou les diagnostics inscrits

Poids – Taille			Prématurité		
Poids	Taille	Mesurés en date du _____	L'enfant est prématuré <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Poids à la naissance _____ kg	Âge de gestation _____ semaines

Note: Vous pouvez joindre une page additionnelle si nécessaire.

2.3 Traitements et recommandations (à remplir dans tous les cas)

Veillez inscrire les noms des professionnels et des intervenants consultés, et leur spécialité (ex. : médecin, ergothérapeute, psychologue, orthophoniste, physiothérapeute, psychoéducateur, éducateur spécialisé, etc.) ainsi que la date de début de l'évaluation et la fréquence des rendez-vous de suivi actuels.

Nom du professionnel	Sa spécialité	Depuis		Fréquence actuelle
		année	mois	

L'enfant a-t-il d'autres évaluations ou rendez-vous de suivi à venir? Oui Non

Si oui, précisez les rendez-vous de suivi ou les évaluations à venir et la date prévue de ceux-ci si elle est connue (nom du professionnel, sa spécialité et la date prévue du rendez-vous de suivi ou de l'évaluation, si elle est connue).

Oui

Non

L'enfant a subi ou doit subir une ou des interventions chirurgicales.

	Déjà faite		Prévue (date ou âge)
	année	mois	

L'enfant prend un médicament régulièrement (y compris chimiothérapie et radiothérapie).

Depuis	Nom du médicament et dose totale quotidienne	Continue	Discontinue	Nbre de mois/année
année				
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

L'enfant a eu des hospitalisations ou des décompensations sévères durant la dernière année.

	Date		Durée
	année	mois	

Cette partie du formulaire doit être remise au parent.

2.4 Soins médicaux particuliers et appareils

 Ne s'applique pas

Oui	Non		Date de début	Date de fin prévue
			année mois	année mois
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	L'enfant doit utiliser un fauteuil roulant pour se déplacer. _____	_____	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	L'enfant doit utiliser une marchette pour se déplacer. _____	_____	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	L'enfant porte une ou des orthèses. <input type="checkbox"/> Le jour <input type="checkbox"/> La nuit _____	_____	_____
		Si oui, inscrivez le type d'orthèses : _____		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	L'enfant a besoin d'oxygénation quotidienne à domicile. _____	_____	_____
		Si oui, inscrivez le nombre d'heures par jour : [] []		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	L'enfant a une stomie. _____	_____	_____
		Si oui, inscrivez le type de stomie : _____		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	L'enfant requiert l'usage quotidien d'un cathéter vésical. _____	_____	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	L'enfant est traité par hémodialyse en milieu hospitalier. _____	_____	_____

2.5 Soins médicaux complexes à domicile

 Ne s'applique pas

Oui	Non		Date de début	Date de fin prévue
			année mois	année mois
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>À remplir si la condition de l'enfant nécessite l'administration de l'un des soins complexes à domicile énumérés ci-dessous</p> </div>				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ventilation mécanique avec BiPAP _____	_____	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trachéostomie sans ventilation mécanique invasive _____	_____	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trachéostomie avec ventilation mécanique invasive _____	_____	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alimentation parentérale (hyperalimentation intraveineuse) _____	_____	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Administration d'inotropes par voie intraveineuse _____	_____	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dialyse péritonéale _____	_____	_____

2.6 Renseignements complémentaires

2.6.1 Épilepsie

 Ne s'applique pas

Veuillez décrire le type de crise d'épilepsie (ex. : crise tonico-clonique, crise partielle, absence) :

Fréquence des crises : _____ Date de la dernière crise [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

Cette partie du formulaire doit être remise au parent.

2.6 Renseignements complémentaires (suite)

2.6.2 Déficience visuelle

 Ne s'applique pas

Oui	Non
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Acuité mesurée aux deux yeux simultanément, après correction : _____
année mois jour

Date de l'examen _____

Évaluation incertaine. Enfant à réévaluer à l'âge de _____

L'enfant a moins de 4 ans et porte des lentilles cornéennes en raison d'une aphakie bilatérale.

Si oui, depuis _____
année mois

Il utilise des moyens adaptés pour étudier : Manuels spécialisés Documents audio Appareils grossissants
 Braille Autres. Précisez : _____

Il a besoin d'aide pour ses déplacements dans un milieu familial ou pour se rendre à l'école.

Précisez : _____

Autres renseignements pouvant être utiles à l'évaluation des limitations (ex. : services spécialisés):

2.6.3 Déficience auditive

 Ne s'applique pas

Oui	Non
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si l'évaluation de l'audition est faite autrement que par audiométrie tonale, les renseignements qui permettent d'apprécier la fiabilité de la méthode doivent être fournis.

Première évaluation faite le _____
année mois jour

par audiométrie tonale une autre méthode. Précisez : _____

L'enfant a un seul implant cochléaire.
 Si oui, inscrivez la date de la chirurgie : _____
année mois jour

L'enfant a deux implants cochléaires.
 Si oui, inscrivez la ou les dates de la ou des chirurgies : _____
année mois jour année mois jour

Il porte quotidiennement ses aides auditives.
 Si non, indiquez pourquoi : _____

Autres renseignements pouvant être utiles à l'évaluation des limitations et qui ne sont pas spécifiés dans le rapport orthophonique ou audiolgique:

2.6.4 Limitations cardiorespiratoires

 Ne s'applique pas

Oui	Non
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

L'enfant présente des limitations cardiorespiratoires.

Il présente des signes ou des symptômes qui le limitent dans la réalisation de ses habitudes de vie courantes :

au repos à la marche en montant un escalier à la course

2.6 Renseignements complémentaires (suite)

2.6.5 Troubles du langage

Ne s'applique pas

Oui Non

L'enfant vit dans un contexte multilingue.

Si oui, indiquez le pourcentage d'exposition à chacune des langues dans ses divers milieux de vie :

à la maison : _____ (_____ %) _____ (_____ %)

à la garderie : _____ (_____ %) _____ (_____ %)

à l'école : _____ (_____ %) _____ (_____ %)

pour l'évaluation orthophonique : _____

Autres renseignements pouvant être utiles à l'évaluation des limitations de l'enfant :

2.6.6 Amélioration

Oui Non

Prévoyez-vous une amélioration de la condition de l'enfant?

Si oui, dans combien de temps? _____

2.7 Signature du professionnel

Nom de famille Mikael		Prénom Hubert-Deschamps		Profession							
Adresse (numéro, rue, appartement) 160 rue Pope				Numéro de permis 4502324							
Ville Cookshire		Province Québec		Code postal J0B 1M0							
Téléphone <small>ind. rég.</small> 800 567-4808		Autre <small>ind. rég.</small> 888 780-6081		Poste							
Signature _____				Date <table border="1"><tr><td>année</td><td>mois</td><td>jour</td></tr><tr><td>2020</td><td>08</td><td>06</td></tr></table>		année	mois	jour	2020	08	06
année	mois	jour									
2020	08	06									

Important:

- Assurez-vous d'avoir rempli toutes les sections du formulaire.
- Vous devez remettre au parent le formulaire rempli ainsi que les documents que vous êtes en mesure de lui fournir.
- Le parent est responsable de nous faire parvenir les formulaires dûment remplis accompagnés de l'ensemble des documents indiqués selon la catégorie du handicap.

Obtenez plus de renseignements sur le supplément pour enfant handicapé :

Par Internet

www.retraitequebec.gouv.qc.ca

Par téléphone

Région de Québec : **418 643-3381**

Région de Montréal : **514 864-3873**

Ailleurs au Québec : **1 800 667-9625**

Omnimed

160 rue Pope, Cookshire, Québec, J0B 1M0
Tel. : 800 567-4808 Fax. : 888 780-6081

FILE TRANSFERT REQUEST

Jacques Omnimed_test

1 Rue Alpha La Ligne 2
Btown, QC
A1A1A1

Home: 819 111-2233

Work: 819 111-3322 Ext.

HIN: OMNJ11111111 Exp. : 2701

Sex: M

Birthdate: 1911 11 11

Mother: Maude Test

Father: Mario 1 Test

The undersigned, Jacques Omnimed_test authorizes Omnimed for Dr(e) Hubert-

Deschamps Mikael to transfer my file to

_____ for Dr(e)

_____ for the following

transcripts:

in Jacques Omnimed_test's file. This authorization is valid for a period of sixty (60) days

following the signature of this document.

Signature of witness or authorized person

06 août 2020

Patient's signature

06 août 2020

This document is

Printed by: GHISLAIN LAFORTUNE

Omnimed

160 rue Pope, Cookshire, Québec, J0B 1M0
Tel. : 800 567-4808 Fax. : 888 780-6081

DEMANDE DE TRANSFERT DE DOSSIER

Jacques Omnimed_test
1 Rue Alpha La Ligne 2
Btown, QC
A1A1A1

M: 819 111-2233

T: 819 111-3322 Ext:

NAM : OMNJ11111111 Exp. : 2701

Sexe : M

Date de naissance : 1911 11 11

Mère : Maude Test
Père : Mario 1 Test

Je, soussigné(e), Jacques Omnimed_test autorise l'établissement de soins Omnimed pour
le médecin Hubert-Deschamps Mikael à faire parvenir à l'établissement de soins

_____ pour le médecin

_____ les renseignements suivants :

contenus dans le dossier médical de Jacques Omnimed_test. Cette autorisation est
valable pour une période de soixante (60) jours à compter de la date de la signature de
ce document.

Signature du témoin ou de la personne autorisée

06 août 2020

Signature du patient

06 août 2020

Ce document est confidentiel.

Imprimé par : GHISLAIN LAFORTUNE

Omnimed

160 rue Pope, Cookshire, Québec, J0B 1M0
Tel. : 800 567-4808 Fax. : 888 780-6081

REQUEST FOR RECORD COPY

Jacques Omnimed_test

1 Rue Alpha La Ligne 2
Btown, QC
A1A1A1

H: 819 111-2233

W: 819 111-3322 Ext:

NAM : OMNJ11111111 Exp. : 2701

Sexe : M

Date of birth : 1911 11 11

Mother : Maude Test

Father : Mario 1 Test

On 06 August 2020

To whom it may concern,

Would you please send us a copy of Jacques Omnimed_test's record? Thank you for your kind cooperation.

Signature du requérant :

Hubert-Deschamps Mikael

I, hereby, authorize my doctor to give a copy of my record to Hubert-Deschamps Mikael (4502324), Omnimed.

Patient's signature

Witness's signature

This is a confidential document.

Print by : GHISLAIN LAFORTUNE

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

Titre du projet : Dépistage de la fibrillation auriculaire en milieu communautaire

Chercheur responsable du projet : Isabelle Nault, MD

Co-chercheurs : Roger Simard, B Pharm

Vous êtes invités à participer à un projet de recherche concernant le dépistage de la fibrillation auriculaire (FA) parce que vous êtes à risque de présenter de la FA. Cependant, avant d'accepter de participer à ce projet et de signer ce formulaire d'information et de consentement, veuillez prendre le temps de lire, de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent.

La FA est un trouble du rythme cardiaque qui peut parfois passer inaperçu car les personnes atteintes ne présentent pas de symptômes. La FA est associée à une augmentation du risque de mortalité et du risque d'accident cérébro-vasculaire. Grâce au développement de nouvelles technologies, il est maintenant possible de dépister la FA avec des outils électroniques simples (ex téléphone intelligent ou tablette).

But du projet

Ce projet de recherche vise à démontrer la faisabilité et la pertinence du dépistage de la FA en communauté. De plus, les données recueillies permettront d'analyser si certaines populations bénéficient davantage du dépistage de la FA.

Déroulement du projet

Si vous acceptez de participer au projet, vous devrez dans un premier temps signer le présent formulaire de consentement. Les examens suivants seront ensuite réalisés :

- Prise de votre tension artérielle à l'aide d'un brassard ;
- Électrocardiogramme (ECG) : vous devrez appuyer vos deux pouces sur les électrodes d'un appareil pendant 30 secondes.

Les résultats obtenus seront traités par l'application d'un téléphone intelligent.

Si votre résultat de dépistage aujourd'hui est négatif, aucun document sera envoyé à votre médecin et aucune action supplémentaire ne sera nécessaire de votre part. Par contre, vous devez savoir que la fibrillation auriculaire peut être un problème intermittent et qu'un dépistage négatif ne signifie pas que vous n'avez ou n'aurez jamais de trouble du rythme.

Si votre résultat de dépistage aujourd'hui est anormal, il sera envoyé à votre médecin traitant et versé dans votre dossier médical électronique. Nous vous suggérerons de le consulter pour passer d'autres tests afin de confirmer le diagnostic. Votre médecin jugera s'il est nécessaire d'amorcer un traitement. Si vous souffrez de fibrillation auriculaire, différents traitements pourront vous être offerts par votre médecin. Si vous n'avez pas de médecin traitant et que votre résultat nécessite une attention médicale, un mécanisme d'accès à un médecin est prévu dans des délais raisonnables.

Risques

Les procédures du projet sont sans danger. Vous vous exposez au risque que le résultat du dépistage soit faussement anormal, ce qui conduirait à des examens et/ou consultations médicales inutiles et un stress inutile pour vous.

Participation volontaire au projet

Votre participation est volontaire et vous êtes libre de refuser d'y participer sans que ceci n'ait de conséquence sur la qualité des soins et des services auxquels vous avez droit. Vous pouvez retirer votre consentement en tout temps par un

simple avis verbal mais si vous retirez votre consentement, l'information déjà recueillie dans le cadre du projet sera néanmoins conservée, analysée et utilisée.

Confidentialité

Dans le cadre de votre participation à ce projet, le personnel de recherche recueillera et consignera dans un dossier de recherche les données vous concernant et nécessaires pour répondre aux objectifs scientifiques de ce projet. Ces renseignements peuvent comprendre votre âge, sexe, les troubles médicaux que vous pourriez avoir et vos traitements médicaux actuels. Tous les renseignements recueillis demeureront strictement confidentiels dans les limites prévues par la loi. Vous ne serez identifié que par un numéro de code. La clé du code reliant votre nom à votre dossier de recherche sera conservée par le médecin responsable. Ces données de recherche seront conservées pendant 10ans par le médecin responsable de ce projet de recherche. Les résultats du test d'ECG sont conservés de façon anonyme dans l'application.

Les données de recherche pourront être publiées ou faire l'objet de discussions scientifiques, mais il ne sera pas possible de vous identifier.

Avantages

Il se peut que vous retiriez un bénéfice personnel de votre participation mais on ne peut vous l'assurer. Vous ne recevrez pas de compensation financière pour votre participation.

Personnes ressources

Si vous avez des questions ou éprouvez des problèmes en lien avec le projet de recherche, ou si vous souhaitez vous en retirer, vous pouvez communiquer avec Dr Isabelle Nault 418 656-8711: poste 4598.

Surveillance éthique

Le Comité d'éthique de la recherche de l'IUCPQ-UL a approuvé ce projet de recherche et en assure le suivi. De plus, il approuvera au préalable toute révision et toute modification apportée au formulaire d'information et de consentement et au protocole de recherche.

CONSENTEMENT

J'ai pris connaissance du formulaire d'information et de consentement. On m'a expliqué le projet et le présent formulaire d'information et de consentement. On a répondu à mes questions et on m'a laissé le temps voulu pour prendre une décision. Après réflexion, je consens à participer à ce projet de recherche aux conditions qui y sont énoncées. Une copie signée et datée du présent formulaire d'information et de consentement me sera remise.

J'autorise un jumelage des données de ce projet, avec les données médico-administratives qui me concernent dans les banques administratives gouvernementales. Oui Non

Jacques Omnimed test
Nom du participant (caractère imprimerie)

Signature du participant

2020-08-06
Date

J'ai expliqué au participant de recherche les termes du présent formulaire d'information et de consentement et j'ai répondu aux questions qu'il m'a posées.

Hubert-Deschamps Mikael
Nom (caractère imprimerie)

Signature

2020-08-06
Date



COMMENCER LE TRAITEMENT AVEC SILIQ

SILIQ vous a été prescrit pour aider à traiter le psoriasis en plaques.

Cette brochure a été conçue pour vous aider à commencer le traitement et vous fournir d'importants renseignements sur SILIQ, notamment la bonne technique d'injection et des conseils pour vous aider à bien respecter votre traitement.

Vous y trouverez également de l'information sur les services de soutien qui vous sont offerts à titre de membre du programme Activation de SILIQ – un programme de soutien dédié aux personnes traitées avec SILIQ. Le programme vous permettra d'avoir accès à des services de soutien personnalisés à toutes les étapes de votre traitement avec SILIQ.

Veuillez prendre un moment pour lire tous les renseignements contenus dans cette brochure. Si vous avez des questions, appelez votre infirmière personnelle du programme Activation de SILIQ ou votre fournisseur de soins de santé.

SILIQ
Activation
PROGRAMME DE
SOUTIEN AUX PATIENTS



Pour de plus amples renseignements,
composez le 1-844-852-6967
du lundi au vendredi, de 8 h à 20 h, HNE

COMPRENDRE LE PSORIASIS EN PLAQUES

Qu'est-ce que le psoriasis en plaques?

Le psoriasis en plaques est une maladie inflammatoire chronique qui touche la peau et dure toute la vie. Les symptômes courants comprennent des plaques rouges en relief de peau recouvertes d'écailles (squames) argentées et lâches. La peau peut être sèche et provoquer de la douleur ou des démangeaisons. Les plaques peuvent saigner où les squames sont pelées ou grattées.

L'évolution du psoriasis en plaques se caractérise par une alternance de périodes où les symptômes s'aggravent (appelées poussées) et de périodes où les symptômes disparaissent (appelées rémissions).

Où le psoriasis apparaît-il?

Le psoriasis en plaques peut se manifester sur n'importe quelle partie du corps y compris le visage, mais il atteint le plus souvent le cuir chevelu, le torse, les fesses, les coudes et les genoux. Il peut aussi atteindre les organes génitaux, le bas du dos, la paume des mains, la plante des pieds et l'intérieur de la bouche.

L'affection touche souvent les ongles des doigts et des orteils, provoquant de minuscules cassures ou rainures, la décoloration ou le décollement de l'ongle du lit unguéal sous-jacent. Elle peut aussi entraîner l'épaississement des ongles.

Causes

Nul ne sait ce qui cause le psoriasis en plaques. On croit que des facteurs génétiques peuvent jouer un rôle dans son apparition, car souvent d'autres membres de la famille en sont atteints.

Les médecins croient que le psoriasis apparaît lorsque des signaux anormaux dans le système immunitaire de l'organisme déclenchent la formation de nouvelles cellules cutanées plus rapidement que la normale. Les cellules cutanées normales croissent, arrivent à maturité, puis sont éliminées selon un cycle naturel de 28 à 30 jours. En présence de psoriasis, les nouvelles cellules cutanées se forment plutôt en trois ou quatre jours. Étant donné leur croissance trop rapide, les cellules cutanées ne sont pas éliminées normalement. Elles s'accumulent plutôt à la surface de la peau, produisant des plaques qui sont caractéristiques de l'affection.

Est-ce une maladie fréquente?

Avoir le psoriasis en plaques signifie que vous faites partie d'une collectivité plus vaste liée par cette affection. Au Canada, environ 1 million de Canadiens en sont atteints. Cela signifie que vous n'êtes pas seul... et que du soutien vous est offert.

À PROPOS DE SILIQ

Qu'est-ce que SILIQ?

SILIQ est un médicament utilisé pour traiter une maladie de la peau appelée « psoriasis en plaques », qui provoque une inflammation de la peau et la formation de plaques écaillées sur la peau. SILIQ est utilisé chez les adultes atteints de psoriasis en plaques modéré à sévère touchant de grandes surfaces du corps qui pourraient tirer profit de la prise d'injections, de pilules ou de la photothérapie. SILIQ réduit l'inflammation et les autres symptômes de la maladie.

Les bienfaits associés à l'usage de SILIQ comprennent une amélioration de l'état de votre peau (guérison des lésions), une éradication totale potentielle de vos lésions ainsi qu'une réduction de vos signes et symptômes, par exemple, démangeaison, rougeur, desquamation, brûlure, picotement, craquelure, écaillage et douleur.

On ignore si SILIQ est sécuritaire et efficace chez les enfants.



COMMENCER LE TRAITEMENT AVEC SILIQ

SILIQ vous a été prescrit pour aider à traiter le psoriasis en plaques.

Cette brochure a été conçue pour vous aider à commencer le traitement et vous fournir d'importants renseignements sur SILIQ, notamment la bonne technique d'injection et des conseils pour vous aider à bien respecter votre traitement.

Vous y trouverez également de l'information sur les services de soutien qui vous sont offerts à titre de membre du programme Activation de SILIQ – un programme de soutien dédié aux personnes traitées avec SILIQ. Le programme vous permettra d'avoir accès à des services de soutien personnalisés à toutes les étapes de votre traitement avec SILIQ.

Veuillez prendre un moment pour lire tous les renseignements contenus dans cette brochure. Si vous avez des questions, appelez votre infirmière personnelle du programme Activation de SILIQ ou votre fournisseur de soins de santé.



Pour de plus amples renseignements,
composez le 1-844-852-6967
du lundi au vendredi, de 8 h à 20 h, HNE

COMPRENDRE LE PSORIASIS EN PLAQUES

Qu'est-ce que le psoriasis en plaques?

Le psoriasis en plaques est une maladie inflammatoire chronique qui touche la peau et dure toute la vie. Les symptômes courants comprennent des plaques rouges en relief de peau recouvertes d'écaillles (squames) argentées et lâches. La peau peut être sèche et provoquer de la douleur ou des démangeaisons. Les plaques peuvent saigner où les squames sont pelées ou grattées.

L'évolution du psoriasis en plaques se caractérise par une alternance de périodes où les symptômes s'aggravent (appelées poussées) et de périodes où les symptômes disparaissent (appelées rémissions).

Où le psoriasis apparaît-il?

Le psoriasis en plaques peut se manifester sur n'importe quelle partie du corps y compris le visage, mais il atteint le plus souvent le cuir chevelu, le torse, les fesses, les coudes et les genoux. Il peut aussi atteindre les organes génitaux, le bas du dos, la paume des mains, la plante des pieds et l'intérieur de la bouche.

L'affection touche souvent les ongles des doigts et des orteils, provoquant de minuscules cassures ou rainures, la décoloration ou le décollement de l'ongle du lit unguéal sous-jacent. Elle peut aussi entraîner l'épaississement des ongles.

Causes

Nul ne sait ce qui cause le psoriasis en plaques. On croit que des facteurs génétiques peuvent jouer un rôle dans son apparition, car souvent d'autres membres de la famille en sont atteints.

Les médecins croient que le psoriasis apparaît lorsque des signaux anormaux dans le système immunitaire de l'organisme déclenchent la formation de nouvelles cellules cutanées plus rapidement que la normale. Les cellules cutanées normales croissent, arrivent à maturité, puis sont éliminées selon un cycle naturel de 28 à 30 jours. En présence de psoriasis, les nouvelles cellules cutanées se forment plutôt en trois ou quatre jours. Étant donné leur croissance trop rapide, les cellules cutanées ne sont pas éliminées normalement. Elles s'accumulent plutôt à la surface de la peau, produisant des plaques qui sont caractéristiques de l'affection.

Est-ce une maladie fréquente?

Avoir le psoriasis en plaques signifie que vous faites partie d'une collectivité plus vaste liée par cette affection. Au Canada, environ 1 million de Canadiens en sont atteints. Cela signifie que vous n'êtes pas seul... et que du soutien vous est offert.

À PROPOS DE SILIQ

Qu'est-ce que SILIQ?

SILIQ est un médicament utilisé pour traiter une maladie de la peau appelée « psoriasis en plaques », qui provoque une inflammation de la peau et la formation de plaques écaillieuses sur la peau. SILIQ est utilisé chez les adultes atteints de psoriasis en plaques modéré à sévère touchant de grandes surfaces du corps qui pourraient tirer profit de la prise d'injections, de pilules ou de la photothérapie. SILIQ réduit l'inflammation et les autres symptômes de la maladie.

Les bienfaits associés à l'usage de SILIQ comprennent une amélioration de l'état de votre peau (guérison des lésions), une éradication totale potentielle de vos lésions ainsi qu'une réduction de vos signes et symptômes, par exemple, démangeaison, rougeur, desquamation, brûlure, picotement, craquelure, écaillage et douleur.

On ignore si SILIQ est sécuritaire et efficace chez les enfants.

Comment SILIQ agit-il?

SILIQ contient une substance active appelée brodalumab qui est un type d'anticorps monoclonal. Les anticorps monoclonaux sont des protéines qui reconnaissent certaines autres protéines particulières présentes dans le corps humain et auxquelles ils se lient très spécifiquement.

SILIQ fait partie d'un groupe de médicaments appelés inhibiteurs de l'interleukine (IL). Il agit en bloquant l'activité de protéines appelées IL-17 présentes en plus grande quantité chez les personnes atteintes de maladies comme le psoriasis.

RENSEIGNEMENTS IMPORTANTS SUR SILIQ

Il est bon de se renseigner sur le médicament que vous prenez. Vous trouverez aux pages suivantes d'importants renseignements sur SILIQ. Veuillez prendre un moment pour les lire et si vous avez des questions, parlez à votre infirmière du programme Activation de SILIQ ou à votre médecin. Ils sont là pour vous fournir des renseignements et des réponses aux questions que vous pourriez avoir.

Quelles personnes ne devraient pas prendre SILIQ?

Ne prenez pas SILIQ si vous êtes allergique au brodalumab ou à tout autre ingrédient de SILIQ.

L'ingrédient médicamenteux contenu dans SILIQ est appelé brodalumab. Les ingrédients non médicinaux sont les suivants : proline, glutamate, polysorbate 20, et eau pour préparations injectables.

Que devrais-je mentionner à mon médecin avant de prendre SILIQ?

Afin de réduire la possibilité d'effets indésirables et pour assurer la bonne utilisation du médicament, avant de prendre SILIQ, mentionnez à votre médecin tous vos problèmes de santé, notamment si :

- vous êtes présentement atteint de la maladie de Crohn ou vous avez des antécédents de cette maladie;
- vous avez, ou vous avez déjà eu, des pensées ou des comportements suicidaires, des problèmes de dépression, d'anxiété ou d'humeur;
- vous souffrez présentement d'une infection ou vous contractez souvent des infections;
- vous présentez des infections de longue durée (chroniques);
- vous êtes atteint de tuberculose, vous avez présenté un résultat positif au test de dépistage de la tuberculose ou vous avez été en contact étroit avec une personne atteinte de tuberculose. Vous pourriez avoir besoin d'être traité avec un autre médicament contre la tuberculose avant le début de votre traitement avec SILIQ;
- vous avez récemment reçu un vaccin ou vous prévoyez recevoir un vaccin. Vous ne devez pas recevoir certains types de vaccins (appelés « vaccins vivants ») pendant le traitement avec SILIQ.

Que devrais-je mentionner à mon médecin durant le traitement avec SILIQ?

Informez immédiatement votre médecin ou votre pharmacien si l'une des situations suivantes se produit ou si l'un des symptômes ci-dessous se manifeste pendant le traitement avec SILIQ :

- si vous avez un comportement ou des pensées suicidaires, ou encore des problèmes de dépression, d'anxiété ou d'humeur;
- si vous pensez avoir contracté une infection ou vous présentez un ou plusieurs des symptômes suivants évoquant une infection :
 - fièvre, sueurs ou frissons;
 - douleurs musculaires;
 - toux;
 - essoufflement;
 - mal de gorge ou difficulté à avaler;
 - peau chaude, rouge ou douloureuse, ou plaies sur votre corps;
 - diarrhée ou maux d'estomac;
 - sensation de brûlure au moment d'uriner ou besoin d'uriner plus fréquent;
- si on vous a déjà dit que vous étiez atteint de tuberculose.

Qu'en est-il de la grossesse et de l'allaitement?

Avant d'utiliser SILIQ, informez votre médecin si :

- vous êtes enceinte ou vous prévoyez le devenir. On ignore si SILIQ peut être nocif pour l'enfant à naître. Vous et votre professionnel de la santé devrez décider ensemble s'il vaut mieux ou non que vous receviez SILIQ;
- vous allaitez ou vous prévoyez allaiter. On ignore si SILIQ passe dans le lait maternel.

Puis-je prendre SILIQ alors que je prends d'autres médicaments?

Informez votre médecin de tous les produits de santé que vous prenez. Gardez-en une liste avec vous et montrez-la à votre professionnel de la santé quand vous obtenez un nouveau médicament.

Certains types de vaccins (appelés « vaccins vivants ») pourraient être associés à des interactions médicamenteuses avec SILIQ et doivent être évités pendant le traitement avec SILIQ. Informez votre médecin ou vos pharmaciens si vous avez récemment reçu un vaccin ou devez recevoir un vaccin.

Quels sont les effets secondaires qui pourraient être associés à SILIQ?

SILIQ peut causer des effets secondaires graves. Les effets secondaires les plus fréquents de SILIQ comprennent les suivants :

- Maux de tête
- Douleur articulaire
- Sensation de fatigue
- Douleur dans la bouche ou la gorge
- Diarrhée

Si vous présentez une réaction allergique, cessez de prendre le médicament et consultez un médecin immédiatement. Une réaction allergique comprend les effets suivants :

- Difficulté à respirer ou à avaler
- Enflure du visage, des lèvres, de la langue ou de la gorge
- Démangeaisons graves de la peau, avec éruption rouge ou plaques boursoufflées

Il ne s'agit là que de quelques-uns des effets secondaires possibles de SILIQ. Avisez votre professionnel de la santé si vous présentez un effet secondaire qui vous incommode ou qui ne disparaît pas.

Comment dois-je conserver SILIQ?

Suivez ces instructions pour assurer une conservation adéquate de SILIQ :

- Conservez SILIQ au réfrigérateur (entre 2 et 8 °C). Ne congélez pas SILIQ.
- Conservez SILIQ dans son emballage d'origine afin de le protéger de la lumière et des dommages physiques.
- SILIQ peut être conservé à une température ambiante (entre 20 et 25 °C) dans son emballage original pendant 14 jours. Si SILIQ n'est pas utilisé après 14 jours, jetez l'emballage.
- N'utilisez pas SILIQ après la date de péremption.
- N'agitez pas SILIQ.
- Gardez SILIQ hors de la vue et de la portée des enfants.
- Ne jetez pas SILIQ dans les déchets ménagers. Demandez à votre médecin ou à votre pharmacien comment jeter de SILIQ.

Que faire si je prends trop de SILIQ?

Informez votre médecin si vous utilisez une dose de SILIQ plus élevée que celle prescrite ou plus tôt que vous ne le devriez.

Si vous croyez avoir pris trop de SILIQ, communiquez immédiatement avec votre professionnel de la santé, le service des urgences d'un hôpital ou votre centre antipoison régional, même si vous ne présentez pas de symptômes.

PRENDRE SILIQ SE PRÉPARER À LA PREMIÈRE INJECTION

La seringue préremplie SILIQ

SILIQ est administré au moyen d'une injection sous la peau, également appelée injection sous-cutanée. SILIQ est offert sous forme de seringue préremplie à usage unique que vous ou votre aidant pourriez utiliser à la maison pour vos injections.

Avant de commencer le traitement, vous et votre médecin déterminerez si administrer vos injections à la maison est le bon choix pour vous. Si votre fournisseur de soins de santé décide que vous ou votre aidant pouvez administrer vos injections de SILIQ à la maison, vous ou votre aidant devrez recevoir une formation sur la bonne façon de préparer et d'injecter SILIQ. Il est important que vous n'essayiez pas de vous injecter tant qu'un fournisseur de soins de santé n'aura pas montré à vous ou à votre aidant la bonne façon d'injecter SILIQ.

Il est important que vous utilisiez toujours SILIQ exactement comme vous l'a indiqué votre médecin. En cas de doute, vérifiez auprès de votre médecin.

À quelle fréquence dois-je prendre SILIQ?

La dose recommandée est de 210 milligrammes (mg) de médicament par injection. Lorsque vous commencez le traitement avec SILIQ, les **trois premières doses vous seront administrées à la fréquence d'une injection par semaine**. Par la suite, vous recevrez **une injection de SILIQ toutes les deux semaines**.



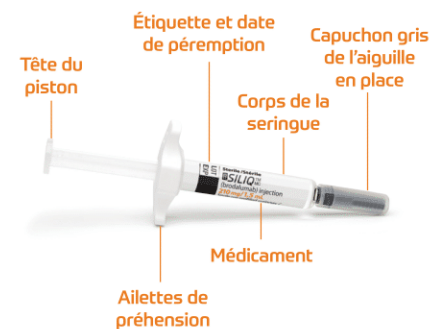
Nous vous offrons des conseils pour vous aider à assurer le suivi de vos injections à la page 5.

À PROPOS DE LA SERINGUE PRÉREMPLIE

Avant de vous injecter

Si votre médecin a décidé qu'il convient que vous vous injectiez vous-même SILIQ à l'aide d'une seringue préremplie, assurez-vous que vous (ou votre aidant) êtes bien formé avant de le faire. Ce guide d'instructions ne remplace pas la formation ou les conseils prodigués par votre professionnel de la santé.

Avant d'utiliser SILIQ, il serait judicieux de vous familiariser avec les parties de votre seringue préremplie. Consultez le diagramme de droite pour voir à quoi ressemble la seringue préremplie.



COMMENT S'AUTO-ADMINISTRER SILIQ

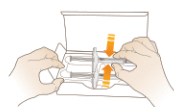
Étape 1 : Se préparer à utiliser la seringue préremplie

Retirez SILIQ du réfrigérateur au moins **30 minutes avant votre injection** pour que le médicament puisse atteindre la température ambiante.



Lorsque vous retirez la seringue préremplie de son emballage, immobilisez le plateau d'une main pendant que vous saisissez le corps de la seringue de l'autre main.

Pour votre sécurité, n'empoignez pas la tête du piston ou le capuchon gris de l'aiguille. Ne retirez pas le capuchon de l'aiguille avant d'être prêt à injecter.



Saisissez ici

N'essayez pas de réchauffer la seringue en utilisant une source de chaleur (comme un four à micro-ondes) ou d'exposer la seringue aux rayons directs du soleil. Ne remettez pas la seringue au réfrigérateur une fois qu'elle a atteint la température ambiante. N'agitez pas la seringue.



Inspectez la seringue préremplie. Assurez-vous que le médicament dans la seringue est clair et incolore à légèrement jaune. N'utilisez pas la seringue si :

- Le médicament est trouble ou décoloré ou s'il contient des flocons ou des particules.
- Une partie de la seringue, quelle qu'elle soit, semble craquelée ou brisée.
- Le capuchon gris de l'aiguille est absent ou mal fixé.
- La date de péremption imprimée sur l'étiquette est dépassée.



Lavez-vous les mains à l'eau et au savon.



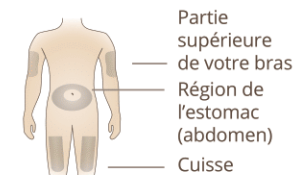
Rassemblez le matériel dont vous aurez besoin :

- Nouvelle seringue
- Tampons imbibés d'alcool
- Tampon de coton
- Pansement adhésif
- Contenant pour objets pointus et tranchants



Étape 2 : Préparer le site d'injection

Choisissez le site d'injection. Vous pouvez utiliser votre cuisse, l'abdomen (à l'exception d'un périmètre de 2 pouces autour de votre nombril) ou la partie supérieure de votre bras (si votre aidant effectue l'injection).



Nettoyez le site d'injection à l'aide d'un tampon imbibé d'alcool et laissez votre peau sécher. Ne touchez plus cette région avant l'injection.

- Assurez-vous de ne pas choisir le même point utilisé lors de l'injection précédente.
- N'injectez pas là où la peau est sensible, rouge, dure ou couverte d'un bleu.
- Évitez les endroits portant des cicatrices ou des vergetures.
- Évitez l'injection dans une lésion cutanée surélevée, épaisse, rouge ou écaillée.



Étape 3 : Injecter SILIQ

Lorsque vous serez prêt à injecter, retirez le capuchon de l'aiguille en tirant bien droit vers le haut et loin de votre corps.

Ne tordez pas ou ne pliez pas le capuchon de l'aiguille ou ne le remettez pas sur la seringue. Jetez le capuchon de l'aiguille dans le contenant pour objets pointus et tranchants.

Il est normal de voir une goutte de liquide au bout de l'aiguille.



Pincez un pli de peau pour créer une surface d'environ 2 pouces de largeur.



Insérez la seringue dans le pli cutané à un angle de 45 à 90 degrés, tout en maintenant la peau pincée.



En poussant lentement et de façon constante, enfoncez la tête du piston jusqu'au fond tant et aussi longtemps qu'il ne s'est pas arrêté.



Relâchez ensuite votre pouce et retirez doucement la seringue hors de votre peau.

Si vous voyez encore du produit dans la seringue lorsque vous avez terminé votre injection, cela signifie que vous n'avez pas reçu une dose complète. Appelez votre médecin.



Étape 4 : Après l'injection

Jetez la seringue usagée dans votre contenant pour objets pointus et tranchants. Ne jetez pas la seringue dans vos ordures ménagères.

Lorsque votre contenant pour objets pointus et tranchants est plein, veuillez en disposer conformément aux lignes directrices de votre région ou de votre province pour les aiguilles et seringues usagées. Ne mettez pas le contenant dans votre bac à recyclage ni dans vos ordures ménagères.



Examinez votre site d'injection. S'il y a du sang, appuyez sur le site d'injection avec un tampon de coton et appliquez un pansement au besoin. Ne frottez pas le site d'injection.



Veuillez consulter le feuillet de renseignements pour le consommateur contenu dans l'emballage de votre produit pour obtenir des instructions complètes sur l'administration et d'importants renseignements supplémentaires sur l'innocuité.

ASSURER LE SUIVI DE VOS INJECTIONS

Vous vous demandez peut-être comment vous souvenir de faire vos injections toutes les deux semaines après avoir eu vos trois premières injections de SILIQ. Après tout, il est facile d'oublier de faire quelque chose en particulier lorsqu'on est occupé. Cependant, il est important de prendre SILIQ exactement tel que prescrit par votre médecin. Vous devrez intégrer vos injections à vos activités journalières, et cela demandera votre participation active. Vous trouverez ci-dessous quelques conseils conçus pour vous aider à vous rappeler quand prendre SILIQ.

Créez un aide-mémoire pour vos injections.

- À l'aide d'un calendrier et des autocollants fournis au dos de la présente brochure, marquez les dates auxquelles vous devrez faire une injection.
- Gardez le calendrier dans un endroit très visible et vérifiez-le souvent.

Utilisez votre téléphone intelligent pour configurer des rappels automatisés.

- Recevez des rappels pour faire vos injections et pour renouveler votre ordonnance en configurant des alarmes sur votre téléphone intelligent.
- N'attendez pas au dernier moment pour renouveler votre prochaine ordonnance de SILIQ. Demandez à votre médecin ou votre pharmacien quand vous aurez besoin d'un renouvellement d'ordonnance, et planifiez-le dans votre téléphone intelligent.

Choisissez quel jour de la semaine vous ferez votre injection.

- Choisissez un jour de la semaine qui comporte déjà une activité planifiée de manière régulière, comme le jour du recyclage ou de la paie, pour vous aider à vous rappeler.
- Choisissez un jour qui n'est pas touché par des changements à vos activités journalières. Par exemple, les vendredis et les lundis pourraient être chambardés par des congés fériés, et les fins de semaine pourraient comporter des activités imprévues pouvant nuire à vos injections.

Que se passe-t-il si j'oublie une injection? Injectez-vous la dose suivante dès que possible, puis demandez à votre médecin quand prendre la dose suivante.

PROGRAMME DE SOUTIEN AUX PATIENTS ACTIVATION DE SILIQ

À titre de patient traité avec SILIQ, vous avez été inscrit par votre médecin au programme de soutien aux patients Activation de SILIQ. Cela signifie que vous avez accès à une infirmière dévouée du programme Activation qui sera votre championne et qui vous guidera tout au long de votre traitement avec SILIQ. Par l'intermédiaire de votre infirmière Activation dévouée, vous bénéficierez d'un large éventail de services de soutien personnalisés visant à vous soutenir tout au long de votre traitement.

Services de pharmacie

Aide pour coordonner la livraison de SILIQ à votre domicile ou à votre pharmacie locale

Formation sur l'injection

Formation individuelle sur l'auto-injection de SILIQ

Ressources éducatives

Ressources éducatives utiles sur SILIQ et le psoriasis

Le programme de soutien aux patients Activation de SILIQ a pour objectif de vous aider à commencer le traitement aussi aisément que possible. Si vous avez des questions, n'hésitez pas à communiquer avec votre infirmière du programme Activation ou un autre membre de votre équipe de soins de santé; ils sont là pour vous soutenir.

SILIQ
Activation
PROGRAMME DE
SOUTIEN AUX PATIENTS



Pour de plus amples renseignements,
composez le 1-844-852-6967
du lundi au vendredi, de 8 h à 20 h, HNE

CONSEILS SUR LE MODE DE VIE : PRENDRE SOIN DE VOUS

En tant que personne atteinte d'une affection chronique, vous devez prendre soin de vous et faire de « vous » une priorité. En plus de prendre votre médicament tel que prescrit, tenez compte des conseils ci-dessous qui sont conçus spécialement pour les personnes atteintes de psoriasis en plaques.

Protéger votre peau

Le psoriasis rend votre peau sensible, alors il est important de prendre bien soin de votre peau pour aider à atténuer les symptômes. Protéger votre peau contre les infections ou les blessures peut aider à prévenir une poussée.

- Utilisez des savons doux. Évitez les savons forts ou parfumés et les crèmes contenant de l'alcool qui peuvent assécher votre peau.
- Ne grattez pas votre peau, vos coupures et vos éraflures pour ne pas entraîner l'apparition de plaques de psoriasis.
- Coupez-vous les ongles soigneusement.
- Évitez de porter des vêtements serrés qui peuvent irriter votre peau.

Hydrater votre peau

Le psoriasis rend votre peau sèche, alors il est important de bien hydrater votre peau pour combattre ce symptôme. Voici quelques façons d'hydrater efficacement votre peau :

- Prenez un bain une fois par jour. Avant de vous sécher complètement, appliquez un hydratant pour aider à conserver l'humidité. Ajouter des huiles à l'eau de votre bain peut aussi aider.
- Utilisez un humidificateur pour ajouter de l'humidité à l'air de votre maison.
- Envisagez de recouvrir votre peau d'un bandage de contention pour maintenir votre peau humide après avoir appliqué des crèmes (traitement par occlusion).
- N'oubliez pas d'utiliser des crèmes douces et sans alcool.

Psoriasis et climat

Le temps qu'il fait peut avoir des répercussions sur le psoriasis, alors vous devez faire attention au temps que vous passez sous certains climats. Vous avez peut-être remarqué une amélioration de votre peau quand vous vous exposez au soleil, mais trop de soleil pourrait déclencher une poussée et augmenter grandement votre risque de cancer de la peau. L'air froid et sec peut aggraver vos symptômes, alors essayez d'éviter d'exposer votre peau au temps froid pendant de longues périodes.

Adopter un mode de vie sain

Maintenir un poids santé peut aider à améliorer l'apparence du psoriasis. Pour le maintien d'un poids santé, la plupart des médecins recommandent une démarche faisant appel au bon sens en ce qui concerne l'alimentation et l'activité physique.

De plus, le tabac et l'alcool peuvent aggraver le psoriasis. Le lien entre le tabagisme, la consommation d'alcool et le psoriasis n'est pas entièrement connu, mais l'on croit que le tabac et l'alcool pourraient contribuer au psoriasis. Si vous êtes atteint de psoriasis, il est recommandé de cesser de fumer et de réduire votre consommation d'alcool au minimum.

Connaître vos facteurs déclenchants

Les déclencheurs sont des facteurs qui provoquent vos poussées, et vous pouvez contrôler certains d'entre eux. Essayez de découvrir les facteurs qui aggravent vos symptômes et prenez des mesures pour les éviter. Les déclencheurs varient d'une personne à une autre, mais les plus fréquents comprennent le stress, le temps froid ou sec, et les infections.

 **SILIQ**^{MD}
(injection de brodalumab)
210 mg/1,5 mL

BAUSCH Health

© 2020 Bausch Health, Canada Inc.
SILIQ est une marque de commerce de Valeant Pharmaceuticals International, Inc. ou de ses sociétés affiliées.

BRO-1-2020-089-F



Omnimed

160 rue Pope, Cookshire, Québec, J0B 1M0

État de compte

Personne ou compagnie facturée

Doit à

Montant dû

Date 06/08/2020

Objet :Jacques Omnimed_test

Date de naissance : 11/11/1911

Dossier : 99909910

Raison :

Faire le chèque à l'ordre

Ce document est confidentiel.

Imprimé par : GHISLAIN LAFORTUNE

Omnimed

160 rue Pope, Cookshire, Québec, J0B 1M0

Facture

Personne ou compagnie facturée

Jacques Omnimed_test

Doit à

Montant dû

Date 06/08/2020

Objet :Jacques Omnimed_test

Date de naissance : 11/11/1911

Dossier : 99909910

Raison :

Faire le chèque à l'ordre

Omnimed

Ce document est confidentiel.

Imprimé par : GHISLAIN LAFORTUNE

Jacques Omnimed_test

1 Rue Alpha

Btown, QC A1A1A1

OMNJ11111111 - 2701

M:819 111-2233

T:819 111-3322 x

1911/11/11

99909910

Jacques Omnimed_test

OMNJ11111111

2027/01

99909910

1911/11/11

Sexe: M

1 Rue Alpha, App. La Ligne 2, Btown, QC A1A1A1

Cell. 819 111-3322

M : 819 111-2233



4502324

99909910

Omnimed_test, Jacques

OMNJ11111111

20/06/2020

Assurances

Autre



4502324

99909910


Omnimed_test, Jacques

OMNJ11111111

20/06/2020

Assurances

Résumé



4502324

99909910

Omnimed_test, Jacques

OMNJ11111111

20/06/2020 15:00

Autres

Autres



4502324

99909910

Omnimed_test, Jacques

OMNJ11111111

20/06/2020

Chirurgie bariatrique

Autres



4502324

99909910

Omnimed_test, Jacques

OMNJ11111111

20/06/2020

Chirurgie bariatrique

Consentement



4502324

99909910

Omnimed_test, Jacques

OMNJ11111111

20/06/2020

Chirurgie bariatrique

Note Clinique



4502324

99909910

Omnimed_test, Jacques

OMNJ11111111

20/06/2020

Chirurgie bariatrique

Post-Op



4502324

99909910

Omnimed_test, Jacques

OMNJ11111111

20/06/2020

Chirurgie bariatrique

Pré-op



4502324

99909910

Omnimed_test, Jacques

OMNJ11111111

20/06/2020

Cliniques thématiques

Diabète



4502324

99909910

Omnimed_test, Jacques

OMNJ11111111

20/06/2020

Clinique thématique

Analyse de la composition



4502324

99909910

Omnimed_test, Jacques

OMNJ11111111

20/06/2020

Cliniques thématiques

Clinique du sommeil



4502324

99909910

Omnimed_test, Jacques

OMNJ11111111

20/06/2020

Clinique thématique

Clinique PAP test



4502324

99909910

Omnimed_test, Jacques

OMNJ11111111

20/06/2020

Clinique thématique

TDAH



4502324

99909910

Omnimed_test, Jacques

OMNJ11111111

20/06/2020

Correspondance

Autres



4502324

99909910

Omnimed_test, Jacques

OMNJ11111111

20/06/2020

Correspondance

CLSC/CIUSS/IRDPO



4502324

99909910

Omnimed_test, Jacques

OMNJ11111111

20/06/2020

Correspondance

Communication avec le patient



4502324

99909910

Omnimed_test, Jacques

OMNJ11111111

20/06/2020

Correspondance

Communication du patient



4502324

99909910

Omnimed_test, Jacques

OMNJ11111111

20/06/2020

Correspondance

Confirmation de rendez-vous



4502324

99909910

Omnimed_test, Jacques

OMNJ11111111

20/06/2020

Correspondance

CRDS



4502324

99909910

Omnimed_test, Jacques

OMNJ11111111

20/06/2020

Formulaires

Aptitude au travail



4502324

99909910

Omnimed_test, Jacques

OMNJ11111111

20/06/2020

Formulaire

Assignation temporaire



4502324

99909910

Omnimed_test, Jacques

OMNJ11111111

20/06/2020

Formulaire

Assurance



4502324

99909910

Omnimed_test, Jacques

OMNJ11111111

20/06/2020

Formulaire

Assurance salaire



4502324

99909910

Omnimed_test, Jacques

OMNJ11111111

20/06/2020

Formulaire

Autres



4502324

99909910

Omnimed_test, Jacques

OMNJ11111111

20/06/2020

Formulaires

Chômage



4502324

99909910


Omnimed_test, Jacques

OMNJ11111111

20/06/2020

Formulaire

Congé de travail



4502324

99909910

Omnimed_test, Jacques

OMNJ11111111

20/06/2020

Formulaire

Consentement



4502324

99909910


Omnimed_test, Jacques

OMNJ11111111

20/06/2020

Formulaire

CSST



4502324

99909910

Omnimed_test, Jacques

OMNJ11111111

20/06/2020 15:00

Formulaire

Inscriptions GMF-CV-MF



4502324

99909910

Omnimed_test, Jacques

OMNJ11111111

20/06/2020

Formulaire

MADO



4502324

99909910

Omnimed_test, Jacques

OMNJ11111111

20/06/2020

Formulaire

Ordonnance d'hébergement



4502324

99909910

Omnimed_test, Jacques

OMNJ11111111

20/06/2020

Formulaires

RAMQ



4502324

99909910

Omnimed_test, Jacques

OMNJ11111111

20/06/2020

Formulaire

Rendez-vous manqués



4502324

99909910

Omnimed_test, Jacques

OMNJ11111111

20/06/2020

Formulaire

Retrait préventif



4502324

99909910

Omnimed_test, Jacques

OMNJ11111111

20/06/2020

Formulaire

SAAQ



4502324

99909910

Omnimed_test, Jacques

OMNJ11111111

20/06/2020

Formulaire

Sécurité Revenu



99909910

OMNJ1111111 Exp: 2701

Omnimed_test

Jacques

819 111-2233

819 111-3322

1 Rue Alpha,
Btown, QC A1A1A1

819 111-3322

Ext:



4502324

99909910

Omnimed_test, Jacques

OMNJ11111111

20/06/2020

Médecine esthétique

Détatouage



4502324

99909910

Omnimed_test, Jacques

OMNJ11111111

20/06/2020

Médecine esthétique

Épilation



4502324

99909910

Omnimed_test, Jacques

OMNJ11111111

20/06/2020

Médecine esthétique

Injections anti-rides



4502324

99909910

Omnimed_test, Jacques

OMNJ11111111

20/06/2020

Médecine esthétique

Lésions vasculaires



4502324

99909910

Omnimed_test, Jacques

OMNJ11111111

20/06/2020

Médecine esthétique

Rajeunissement cutané au laser



4502324

99909910

Omnimed_test, Jacques

OMNJ11111111

20/06/2020

Médecine esthétique

Soins esthétiques divers



4502324

99909910

Omnimed_test, Jacques

OMNJ11111111

20/06/2020

Médecine esthétique

Taches pigmentaires



4502324

99909910

Omnimed_test, Jacques

OMNJ11111111

20/06/2020

Médecine esthétique

Varices



4502324

99909910

Omnimed_test, Jacques

OMNJ11111111

20/06/2020

Médecine familiale

Autres



4502324

99909910

Omnimed_test, Jacques

OMNJ11111111

20/06/2020

Médecine familiale

Bilan de Santé



4502324

99909910

Omnimed_test, Jacques

OMNJ11111111

06/08/2020

Médecine familiale

CHSLD



4502324

99909910

Omnimed_test, Jacques

OMNJ11111111

20/06/2020

Médecine familiale

Examen annuel



4502324

99909910

Omnimed_test, Jacques

OMNJ11111111

06/08/2020

Médecine familiale

Hébergement temporaire



4502324

99909910

Omnimed_test, Jacques

OMNJ11111111

20/06/2020

Médecine familiale

Obstétrique



4502324

99909910

Omnimed_test, Jacques

OMNJ11111111

20/06/2020

Médecine familiale

Sans rendez-vous



4502324

99909910

Omnimed_test, Jacques

OMNJ11111111

20/06/2020

Médecine familiale

Suivi/consultation



4502324

99909910

Omnimed_test, Jacques

OMNJ11111111

20/06/2020

Médecine familiale

Suivi pédiatrique



4502324

99909910

Omnimed_test, Jacques

OMNJ11111111

20/06/2020

Médecine familiale

Suivi téléphonique



4502324

99909910

Omnimed_test, Jacques

OMNJ11111111

20/06/2020

Médecine familiale

Visite à domicile



4502324

99909910


Omnimed_test, Jacques

OMNJ11111111

20/06/2020

Médecine spécialisée

Allergie



4502324

99909910

Omnimed_test, Jacques

OMNJ11111111

20/06/2020 15:00

Médecine spécialisée

Autres



4502324

99909910

Omnimed_test, Jacques

OMNJ11111111

20/06/2020

Médecine spécialisée

Cardiologie



4502324

99909910

Omnimed_test, Jacques

OMNJ11111111

20/06/2020

Médecine spécialisée

Chirurgie générale



4502324

99909910

Omnimed_test, Jacques

OMNJ11111111

20/06/2020

Médecine spécialisée

Chirurgie mineure



4502324

99909910

Omnimed_test, Jacques

OMNJ11111111

20/06/2020

Médecine spécialisée

Chirurgie plastique



4502324

99909910

Omnimed_test, Jacques

OMNJ11111111

20/06/2020

Médecine spécialisée

Dermatologie



4502324

99909910

Omnimed_test, Jacques

OMNJ11111111

20/06/2020

Médecine spécialisée

Endocrinologie



4502324

99909910

Omnimed_test, Jacques

OMNJ11111111

20/06/2020

Médecine spécialisée

Gastro-entérologie



4502324

99909910

Omnimed_test, Jacques

OMNJ11111111

20/06/2020

Médecine spécialisée

Immunologie clinique et allergie



4502324

99909910

Omnimed_test, Jacques

OMNJ11111111

20/06/2020

Médecine spécialisée

Médecine d'urgence



4502324

99909910

Omnimed_test, Jacques

OMNJ11111111

20/06/2020

Médecine spécialisée

Médecine interne



4502324

99909910

Omnimed_test, Jacques

OMNJ11111111

20/06/2020

Médecine spécialisée

Néphrologie



4502324

99909910

Omnimed_test, Jacques

OMNJ11111111

20/06/2020

Médecine spécialisée

Neurologie



4502324

99909910

Omnimed_test, Jacques

OMNJ11111111

20/06/2020

Médecine spécialisée

Obstétrique gynécologie



4502324

99909910

Omnimed_test, Jacques

OMNJ11111111

20/06/2020

Médecine spécialisée

Ophthalmologie



4502324

99909910

Omnimed_test, Jacques

OMNJ11111111

20/06/2020

Médecine spécialisée

ORL



4502324

99909910

Omnimed_test, Jacques

OMNJ11111111

20/06/2020

Médecine spécialisée

Orthopédie



4502324

99909910

Omnimed_test, Jacques

OMNJ11111111

20/06/2020

Médecine spécialisée

Pédiatrie



4502324

99909910

Omnimed_test, Jacques

OMNJ11111111

20/06/2020

Médecine spécialisée

Pneumologie



4502324

99909910

Omnimed_test, Jacques

OMNJ11111111

20/06/2020

Médecine spécialisée

Psychiatrie



4502324

99909910

Omnimed_test, Jacques

OMNJ11111111

20/06/2020

Médecine spécialisée

Rhumathologie



4502324

99909910

Omnimed_test, Jacques

OMNJ11111111

20/06/2020

Médecine spécialisée

Urologie



4502324

99909910

Omnimed_test, Jacques

OMNJ11111111

20/06/2020

Médications et prescriptions

Prolongation ou renouvellement



4502324

99909910

Omnimed_test, Jacques

OMNJ11111111

20/06/2020

Médication et prescriptions

Demande médication d'exception



4502324

99909910

Omnimed_test, Jacques

OMNJ11111111

20/06/2020

Médication et prescriptions

Formulaire de re-prescription



4502324

99909910

Omnimed_test, Jacques

OMNJ11111111

20/06/2020

Médication et prescriptions

Profil pharmacologique



4502324

99909910

Omnimed_test, Jacques

OMNJ11111111

20/06/2020

Médications et prescriptions

Autres



4502324

99909910

Omnimed_test, Jacques

OMNJ11111111

20/06/2020

Médications et prescriptions

Opinion/comm. au pharmacien



4502324

99909910

Omnimed_test, Jacques

OMNJ11111111

20/06/2020

Médications et prescriptions

Opinion/comm. du pharmacien



4502324

99909910

Omnimed_test, Jacques

OMNJ11111111

20/06/2020

Médication - Prescription

Prescription



4502324

99909910

Omnimed_test, Jacques

OMNJ11111111

20/06/2020

Outils cliniques et monitoring

GAD 7



4502324

99909910

Omnimed_test, Jacques

OMNJ11111111

20/06/2020

Outils cliniques et monitoring

PHQ- 9



4502324

99909910

Omnimed_test, Jacques

OMNJ11111111

06/08/2020

Outils cliniques et monitoring

Troubles cognitifs

A standard 1D barcode with vertical bars of varying widths, used for identification purposes.

4502324

99909910

Omnimed_test, Jacques

OMNJ11111111

20/06/2020

Professionnels de la santé

Diététiste



4502324

99909910

Omnimed_test, Jacques

OMNJ11111111

20/06/2020

Professionnels de la santé

Inhalothérapeute



4502324

99909910

Omnimed_test, Jacques

OMNJ11111111

20/06/2020

Professionnels de la santé
Kinésiologue



4502324

99909910

Omnimed_test, Jacques

OMNJ11111111

20/06/2020

Professionnels de la santé

Orthophoniste



4502324

99909910

Omnimed_test, Jacques

OMNJ11111111

20/06/2020

Professionnels de la santé

Pharmacien



4502324

99909910

Omnimed_test, Jacques

OMNJ11111111

20/06/2020

Professionnels de la santé

Podiatrie



4502324

99909910

Omnimed_test, Jacques

OMNJ11111111

20/06/2020

Professionnels de la santé
Psychologie



4502324

99909910

Omnimed_test, Jacques

OMNJ11111111

20/06/2020

Professionnels de la santé
Services sociaux



4502324

99909910

Omnimed_test, Jacques

OMNJ11111111

20/06/2020

Protocoles

Bilan



4502324

99909910

Omnimed_test, Jacques

OMNJ11111111

20/06/2020

Protocoles

Opératoire



4502324

99909910

Omnimed_test, Jacques

OMNJ11111111

20/06/2020

Requêtes

Analyse de laboratoire



4502324

99909910

Omnimed_test, Jacques

OMNJ11111111

20/06/2020

Requêtes

Autres



4502324

99909910

Omnimed_test, Jacques

OMNJ11111111

20/06/2020

Requêtes

CRDS



4502324

99909910

Omnimed_test, Jacques

OMNJ11111111

20/06/2020

Requêtes

Demande de consultation



4502324

99909910

Omnimed_test, Jacques

OMNJ11111111

20/06/2020

Requêtes

Demande de consultation



4502324

99909910

Omnimed_test, Jacques

OMNJ11111111

20/06/2020

Requêtes

Services hospitaliers



4502324

99909910

Omnimed_test, Jacques

OMNJ11111111

20/06/2020

Requêtes

Examens



4502324

99909910

Omnimed_test, Jacques

OMNJ11111111

20/06/2020

Requêtes

Requête de consultation inf.



4502324

99909910

Omnimed_test, Jacques

OMNJ11111111

20/06/2020

Requêtes

Requêtes externes



4502324

99909910

Omnimed_test, Jacques

OMNJ11111111

20/06/2020

Requêtes

Requêtes internes



4502324

99909910

Omnimed_test, Jacques

OMNJ11111111

20/06/2020

Résultat

EMG



4502324

99909910

Omnimed_test, Jacques

OMNJ11111111

20/06/2020

Résultats

Audio



4502324

99909910

Omnimed_test, Jacques

OMNJ11111111

20/06/2020

Résultats

Autres



4502324

99909910

Omnimed_test, Jacques

OMNJ11111111

20/06/2020

Résultats

Colposcopie



4502324

99909910

Omnimed_test, Jacques

OMNJ11111111

20/06/2020

Résultats

Cytologie



4502324

99909910

Omnimed_test, Jacques

OMNJ11111111

20/06/2020

Résultats

Cystoscopie



4502324

99909910

Omnimed_test, Jacques

OMNJ11111111

20/06/2020

Résultats

ECG à l'effort



4502324

99909910

Omnimed_test, Jacques

OMNJ11111111

20/06/2020

Résultats

ECG



4502324

99909910

Omnimed_test, Jacques

OMNJ11111111

20/06/2020

Résultats

Échographie cardiaque



4502324

99909910

Omnimed_test, Jacques

OMNJ11111111

20/06/2020

Résultats

Examen de la vue



4502324

99909910

Omnimed_test, Jacques

OMNJ11111111

20/06/2020

Résultats

Holter



4502324

99909910

Omnimed_test, Jacques

OMNJ11111111

20/06/2020

Résultats

Imagerie - IRM



4502324

99909910

Omnimed_test, Jacques

OMNJ11111111

20/06/2020

Résultats

Imagerie



4502324

99909910

Omnimed_test, Jacques

OMNJ11111111

20/06/2020

Résultats

Laboratoire



4502324

99909910

Omnimed_test, Jacques

OMNJ11111111

20/06/2020

Résultats

MAPA



4502324

99909910

Omnimed_test, Jacques

OMNJ11111111

20/06/2020

Résultats

MIBI Persantin



4502324

99909910

Omnimed_test, Jacques

OMNJ11111111

20/06/2020

Résultats

PAP test



4502324

99909910

Omnimed_test, Jacques

OMNJ11111111

20/06/2020

Résultats

Pathologie



4502324

99909910

Omnimed_test, Jacques

OMNJ11111111

20/06/2020

Résultats

Spermogramme



4502324

99909910

Omnimed_test, Jacques

OMNJ11111111

20/06/2020

Résultats

Spirométrie



4502324

99909910

Omnimed_test, Jacques

OMNJ11111111

20/06/2020

Résultats

Test Allergie



4502324

99909910

Omnimed_test, Jacques

OMNJ11111111

20/06/2020

Résultats

Tests infirmiers



4502324

99909910

Omnimed_test, Jacques

OMNJ11111111

20/06/2020

Résultats

Tests urologie



4502324

99909910

Omnimed_test, Jacques

OMNJ11111111

20/06/2020

Résumé

Résumé de dossiers



4502324

99909910

Omnimed_test, Jacques

OMNJ11111111

20/06/2020

Résumé

Pharmacie



4502324

99909910

Omnimed_test, Jacques

OMNJ11111111

20/06/2020

Résumé

Sommaire d'hospitalisation



4502324

99909910

Omnimed_test, Jacques

OMNJ11111111

20/06/2020

Résumé

Sommaire général

A standard 1D barcode with vertical black bars of varying widths on a white background.

4502324

99909910

Omnimed_test, Jacques

OMNJ11111111

20/06/2020



4502324

99909910

Omnimed_test, Jacques

OMNJ11111111

2020/08/06

Médecine familiale

Sans rendez-vous



4502324

99909910

Omnimed_test, Jacques

OMNJ11111111

20/06/2020

Santé au travail

Pré-Emploi



4502324

99909910

Omnimed_test, Jacques

OMNJ11111111

20/06/2020

Santé voyage

Autres



4502324

99909910

Omnimed_test, Jacques

OMNJ11111111

20/06/2020

Santé voyage

Questionnaire



4502324

99909910

Omnimed_test, Jacques

OMNJ11111111

20/06/2020

Services au patient

Frais facturés



4502324

99909910

Omnimed_test, Jacques

OMNJ11111111

20/06/2020

Soins infirmiers

Autres



4502324

99909910

Omnimed_test, Jacques

OMNJ11111111

20/06/2020

Soins infirmiers

Services GMF



4502324

99909910

Omnimed_test, Jacques

OMNJ11111111

20/06/2020

Soins infirmiers

Désensibilisation



4502324

99909910

Omnimed_test, Jacques

OMNJ11111111

20/06/2020

Soins infirmiers

Infirmière praticienne



4502324

99909910

Omnimed_test, Jacques

OMNJ11111111

20/06/2020

Soins infirmiers

Infirmier(ère) GMF



4502324

99909910

Omnimed_test, Jacques

OMNJ11111111

20/06/2020

Soins infirmiers

Note de soins



4502324

99909910

Omnimed_test, Jacques

OMNJ11111111

20/06/2020

Soins infirmiers

Notes d'observations



4502324

99909910

Omnimed_test, Jacques

OMNJ11111111

20/06/2020

Soins infirmiers

Suivi téléphonique



4502324

99909910

Omnimed_test, Jacques

OMNJ11111111

20/06/2020

Soins infirmiers

Vaccination



4502324

99909910

Omnimed_test, Jacques

OMNJ11111111

20/06/2020

Télesurveillance de patient
Bariatrique



4502324

99909910

Omnimed_test, Jacques

OMNJ11111111

20/06/2020

Télesurveillance de patient

Perte de poids

Jacques Omnimed_test

DP : 99909910

OMNJ11111111 2027/01

DDN : 11-11-1911

1 Rue Alpha

Btown, QC A1A1A1

M : 819 111-2233

T : 819 111-3322 x

Mère: Maude Test

Père: Mario 1 Test

Jacques Omnimed_test

DP : 99909910

OMNJ11111111

DDN : 11-11-1911

M : 819 111-2233

T : 819 111-3322 x

Mère: Maude Test

Père: Mario 1 Test

Jacques Omnimed_test

DP : 99909910

OMNJ11111111

DDN : 11-11-1911

M : 819-111-2233

T :

Mère: Maude Test

Père: Mario 1 Test

Jacques Omnimed_test

DP : 99909910

OMNJ11111111 2027/01

DDN : 11-11-1911

1 Rue Alpha

Btown, QC A1A1A1

M : 819-111-2233

T :

Mère: Maude Test

Père: Mario 1 Test

99909910

Date CSST :

Jacques Omnimed_test

OMNJ11111111 2027/01

Âge: 108

DDN : 11-11-1911

Sexe: M

HUBERT-DESCHAMPS MIKAEL

Date RV : 20-06-2020 15:00

99909910

Jacques Omnimed_test

OMNJ11111111 - 2701

1911/11/11 Sexe: M

Omnimed_test, Jacques

OMNJ11111111

DN: 11 nov. 1911

Omnimed_test, Jacques

OMNJ11111111

DN: 11 nov. 1911

Date: 20 juin 2020 15:00

#99909910

Jacques Omnimed_test

OMNJ11111111 (2027/01) 1911/11/11 M

Mère : Test, Maude

Site de prélèvement :

Date de prélèvement : 2020/08/06

Jacques Omnimed_test

RAMQ : OMNJ11111111

DDN : 1911-11-11 99909910

Omnimed

Date : 06/08/2020

Heure : 11:36:37

Jacques Omnimed_test

OMNJ11111111 2027/01 1911/11/11 #99909910

1 Rue Alpha La Ligne 2

Btown QC, A1A1A1

M : 819 111-2233

Cell : 819 111-3322

Jacques Omnimed_test

OMNJ11111111 2027/01 1911/11/11 #99909910

1 Rue Alpha La Ligne 2

Btown QC, A1A1A1

M : 819 111-2233

T : 819 111-3322 Ext. :

#99909910

2020/08/06

11:36

108 ans

Jacques Omnimed_test

1 Rue Alpha La Ligne 2, Btown QC, A1A1A1

OMNJ1111111

2027/01

1911/11/11

M

819 111-2233

819 111-3322

Jacques Omnimed_test

OMNJ11111111 Exp.: 2027/01 99909910

1911/11/11 Âge: 108 an(s) Sexe: M

Maison : 819 111-2233 Travail : 819 111-3322 x

20/06/2020

15:00

Jacques Omnimed_test

DP : 99909910

OMNJ11111111 2027/01

M : 819 111-2233

T : 819 111-3322 x

Mère: Maude Test

Père: Mario 1 Test

06-08-2020 11:36

Omnimed_test, Jacques

OMNJ11111111

1 Rue Alpha

Btown

A1A1A1

11 nov. 1911

819 111-2233

Jacques Omnimed_test

OMNJ11111111 Exp:01/2027 11/11/1911

1 Rue Alpha La Ligne 2

Btown QC, A1A1A1

M : 819 111-2233

T : 819 111-3322 x

Médecin : Hubert-Deschamps Mikael (4502324)

1911/11/11

Jacques Omnimed_test

99909910

Jacques Omnimed_test

Jacques Omnimed_test(1911-11-11)

OMNJ11111111 Exp.: 2701

2027/01

1 Rue Alpha La Ligne 2

Btown QC, A1A1A1

Cell. 819 111-3322

Maison : 819 111-2233

4502324 Hubert-Deschamps Mikael

99909910

20/06/2020

OMNJ11111111 2701

Omnimed_test, Jacques

, 1 Rue Alpha, App. La Ligne 2

Btown, QC

A1A1A1

Tél: 819 111-2233

DP : 99909910

06/08/2020 11:36:42

OMNJ11111111 Exp.: 2701

Omnimed_test, Jacques

1911/11/11

Âge: 108

Sexe: M

1 Rue Alpha, Btown, QC, A1A1A1

Maison : 819 111-2233

Travail :819 111-3322 x

Jacques Omnimed_test

#99909910

OMNJ11111111 Exp : 2027/01

1911/11/11

M

108 ans 2020/08/06 11:36

Omnimed_test, Jacques

Sexe: M Âge: 108

OMNJ11111111 Exp.: 2701

1911/11/11

1 Rue Alpha

Btown, QC, A1A1A1

DP : 99909910

Maison : 819 111-2233

Travail :819 111-3322 x

Omnimed_test, Jacques

OMNJ11111111 Exp.: 2701

Sexe: M

DP : 99909910

1911/11/11

Âge: 108

1 Rue Alpha

Btown, QC, A1A1A1

Tel. : 819 111-2233

Travail :819 111-3322 x

Omnimed_test, Jacques

OMNJ11111111 Exp.: 2701

1911/11/11

1 Rue Alpha

Btown, QC, A1A1A1

Maison : 819 111-2233

Sexe: M

Âge: 108

DP : 99909910

Travail :819 111-3322 x

Omnimed_test, Jacques

1 Rue Alpha

Btown

QC A1A1A1

Jacques Omnimed_test

OMNJ11111111 2027/01

1 Rue Alpha

Btown, QC A1A1A1

M : 819 111-2233

T : 819 111-3322 x

Père: Mario 1 Test

Mère: Maude Test

Jacques Omnimed_test

DP : 99909910

OMNJ11111111 2027/01

1 Rue Alpha App:La Ligne 2

Btown A1A1A1

M: 819 111-2233

T: 819 111-3322

Omnimed

En date du 06/08/2020 11:36

Jacques Omnimed_test

Fiche d'identification du patient



99909910

Date : 06/08/2020

NAM : OMNJ11111111 Date d'expiration : 2701	Statut : A Intervenant responsable R LUC NOËL
Nom : Omnimed_test Prénom : Jacques Adresse : 1 Rue Alpha La Ligne 2 Btown QC, A1A1A1 Numéros de téléphone : Maison : 819 111-2233 Travail : 819 111-3322 x Cellulaire : 819 111-3322	Date de naissance : 11/11/1911 Âge : 108 Langue : FR NAS : Sexe : M Conjoint : , Père : Test , Mario 1 Mère : Test, Maude



FORMULAIRE DE CONSENTEMENT À L'UTILISATION DE PHOTOGRAPHIES ET DE VIDÉOS MÉDICALES

À remplir après discussion avec le patient

NOM DU PATIENT : Jacques Omnimed_test

ADRESSE : 1 Rue Alpha La Ligne 2

Btown, QC, A1A1A1

Cette autorisation accorde la permission d'utiliser votre image (statique ou en mouvement) et/ou vos paroles à perpétuité à des fins éducatives.

En signant le document ci-après, vous acquiescez :

1. à l'enregistrement de votre image et de votre voix (p. ex., photographies, enregistrement audio ou vidéo).
2. à la diffusion de votre image ou votre enregistrement dans tous les médias, sur support imprimé ou électronique, y compris Internet.
3. à la reproduction par d'autres entités de votre image ou de l'enregistrement de votre voix à des fins éducatives.
4. au non-remboursement pour la prise ou l'utilisation de votre photographie, vidéo ou enregistrement.

Nature de l'image et/ou des paroles à enregistrer : _____

But de l'enregistrement de l'image et/ou des paroles, ainsi que l'auditoire ciblé :

RESTRICTIONS ET LIMITATIONS :

Aucune

Préciser s'il y a lieu : _____

Je reconnais avoir lu et compris l'intention et le but de ce document et j'y appose ma signature sans réserve.

Nom : (en majuscules) Jacques Omnimed_test

Signature : _____

Date : 2020/08/06

Témoïn : _____

Physician-patient email communication template consent form

■ Physician information

Name: Hubert-Deschamps Mikael

Address: 160 rue Pope, Cookshire, Québec, J0B 1M0

Email: _____

■ Risks of using email

The physician offers patients the opportunity to communicate by email. Transmitting patient information poses several risks of which the patient should be aware. The patient should not agree to communicate with the physician via email without understanding and accepting these risks. The risks include, but are not limited to, the following:

- The privacy and security of email communication cannot be guaranteed.
- Employers and online services may have a legal right to inspect and keep emails that pass through their system.
- Email is easier to falsify than handwritten or signed hard copies. In addition, it is impossible to verify the true identity of the sender, or to ensure that only the recipient can read the email once it has been sent.
- Emails can introduce viruses into a computer system, and potentially damage or disrupt the computer.
- Email can be forwarded, intercepted, circulated, stored or even changed without the knowledge or permission of the physician or the patient. Email senders can easily misaddress an email, resulting in it being sent to many unintended and unknown recipients.
- Email is indelible. Even after the sender and recipient have deleted their copies of the email, back-up copies may exist on a computer or in cyberspace.
- Use of email to discuss sensitive information can increase the risk of such information being disclosed to third parties.
- Email can be used as evidence in court.
- The physician uses encryption software as a security mechanism for email communications.

■ The patient:

- Agrees to and will comply with the use of encryption software.
- Chooses not to use encryption software when communicating with the physician, with the full understanding that this increases the risk of violation of the patient's privacy.

■ Conditions of using email

The physician will use reasonable means to protect the security and confidentiality of email information sent and received. However, because of the risks outlined above, the physician cannot guarantee the security and confidentiality of email communication. Thus, patients must consent to the use of email for patient information. Consent to the use of email includes agreement with the following conditions:

- Emails to or from the patient concerning diagnosis or treatment may be printed in full and made part of the patient's medical record. Because they are part of the medical record, other individuals authorized to access the medical record, such as staff and billing personnel, will have access to those emails.
- The physician may forward emails internally to the physician's staff and to those involved, as necessary, for diagnosis, treatment, reimbursement, healthcare operations, and other handling. The physician will not, however, forward emails to independent third parties without the patient's prior written consent, except as authorized or required by law.
- Although the physician will endeavour to read and respond promptly to an email from the patient, **the physician cannot guarantee that any particular email will be read and responded to within any particular period of time. Thus, the patient should not use email for medical emergencies or other time-sensitive matters.**

- Email communication is not an appropriate substitute for clinical examinations. The patient is responsible for following up on the physician's email and for scheduling appointments where warranted.
- If the patient's email requires or invites a response from the physician and the patient has not received a response within a reasonable time period it is the patient's responsibility to follow up to determine whether the intended recipient received the email and when the recipient will respond.
- The patient should not use email for communication regarding sensitive medical information, such as sexually transmitted disease, AIDS/HIV, mental health, developmental disability, or substance abuse. Similarly, the physician will not discuss such matters over email.
- The patient is responsible for informing the physician of any types of information the patient does not want to be sent by email, in addition to those set out in the bullet above. Such information that the patient does not want communicated over email includes:

The patient can add to or modify this list at any time by notifying the physician in writing.

- The physician is not responsible for information loss due to technical failures associated with the patient's email software or internet service provider

■ Instructions for communication by email

To communicate by email, the patient shall:

- Limit or avoid using an employer's or other third party's computer.
- Inform the physician of any changes in the patient's email address.
- Include in the email: the category of the communication in the email's subject line, for routing purposes (e.g., 'prescription renewal'); and the name of the patient in the body of the email.
- Review the email to make sure it is clear and that all relevant information is provided before sending to the physician.
- Inform the physician when the patient receives an email from the physician.
- Take precautions to preserve the confidentiality of emails, such as using screen savers and safeguarding computer passwords.
- Withdraw consent only by email or written communication to the physician.
- **Should the patient require immediate assistance, or if the patient's condition appears serious or rapidly worsens, the patient should not rely on email.** Rather, the patient should call the physician's office for consultation or an appointment, visit the physician's office or take other measures as appropriate.

■ Patient acknowledgment and agreement

I acknowledge that I have read and fully understand this consent form. I understand the risks associated with the communication of email between the physician and me, and consent to the conditions outlined herein, as well as any other instructions that the physician may impose to communicate with patients by email. I acknowledge the physician's right to, upon the provision of written notice, withdraw the option of communicating through email. Any questions I may have had were answered.

Patient name: Jacques Omnimed_test

Patient address: 1 Rue Alpha La Ligne 2, Btown, QC, A1A1A1

Patient email: jacques.omnimedtest@omnimed.com

Patient signature _____ Date 2020/08/06

Witness signature _____ Date 2020/08/06

Formulaire type de consentement pour la communication par courriel entre le médecin et son patient

■ Renseignements sur le médecin

Nom du médecin : Hubert-Deschamps Mikael

Adresse du médecin : 160 rue Pope, Cookshire, Québec, J0B 1M0

Courriel du médecin : _____

■ Risques associés à l'utilisation du courriel

Le médecin offre aux patients la possibilité de communiquer avec lui par courriel. La transmission d'informations ayant trait aux patients pose toutefois plusieurs risques dont le patient doit être informé. Le patient ne doit pas s'engager à communiquer par courriel avec le médecin sans avoir compris et accepté ces risques, lesquels comprennent ce qui suit, sans toutefois s'y limiter :

- La confidentialité et la sécurité de la communication par courriel ne peut être garanti.
- Les employeurs et les services en ligne peuvent avoir un droit reconnu par la loi d'inspecter et de conserver les courriels reçus et transmis par leur système.
- Il est plus facile de falsifier un courriel qu'un document écrit à la main ou signé. De plus, il est impossible de vérifier la véritable identité de l'expéditeur, ou de s'assurer que seul le destinataire pourra lire le courriel une fois qu'il est envoyé.
- Les courriels peuvent contenir des virus informatiques, risquant ainsi d'endommager l'ordinateur ou d'en perturber le fonctionnement.
- Un courriel peut être réacheminé, intercepté, diffusé, mis en mémoire ou même modifié sans que le médecin ou le patient ne le sache ou ne l'ait autorisé. Les expéditeurs de courriels peuvent facilement commettre des erreurs d'adressage, ayant pour résultat des envois non intentionnels à de nombreux destinataires inconnus.
- Le courriel est ineffaçable. Même une fois que l'expéditeur et le destinataire ont supprimé leurs messages électroniques, il peut y avoir des copies de sauvegarde sur un autre ordinateur ou dans le cyberspace.
- Le recours au courriel pour discuter de renseignements délicats peut accroître le risque que de tels renseignements soient divulgués à des tiers.
- Les courriels peuvent être produits à titre d'éléments de preuve devant un tribunal.
- Le médecin utilise un logiciel de chiffrement comme mécanisme de sécurité pour la communication par courriel.

Le patient :

- accepte l'utilisation d'un logiciel de chiffrement et consent à l'utiliser.
- renonce à l'exigence de chiffrement, tout en comprenant pleinement qu'une telle renonciation accroît les risques de manquement violation du droit du patient au respect de sa vie privée.

■ Conditions d'utilisation du courriel

Le médecin utilisera des moyens raisonnables en vue de protéger la sécurité et la confidentialité des informations envoyées et reçues par courriel. Cependant, en raison des risques mentionnés ci-dessus, le médecin ne peut garantir la sécurité et la confidentialité des renseignements communiqués par courriel. Par conséquent, les patients doivent donc donner leur consentement à l'utilisation du courriel pour la transmission d'information les concernant. Ce consentement sous-entend l'acceptation des conditions suivantes :

- Les courriels envoyés au patient ou provenant de ce dernier et concernant un diagnostic ou un traitement peuvent être imprimés au complet et versés au dossier médical du patient. Comme ces courriels font alors partie intégrante du dossier médical, il est possible que d'autres personnes autorisées à consulter les dossiers médicaux, tels les membres du personnel et les responsables de la facturation, y aient accès.
- Le médecin peut retransmettre les courriels à l'interne à son personnel et à d'autres intervenants, lorsque cela est requis à des fins de diagnostic, de traitement, de remboursement, d'interventions de soins de santé et autres. Cependant, le médecin ne pourra retransmettre les courriels à des tiers indépendants sans avoir préalablement obtenu le consentement écrit du patient, exception faite des cas autorisés ou exigés par la loi.
- Bien que le médecin s'engage à lire et à répondre promptement aux courriels des patients, **il ne peut pas garantir qu'il lira un courriel particulier et qu'il y répondra dans un délai précis. Par conséquent, le patient ne doit pas communiquer par courriel dans les cas d'urgences médicales ou d'autres situations devant être traitées rapidement.**

- La communication par courriel ne peut se substituer aux examens cliniques. Il appartient au patient d'assurer le suivi des courriels du médecin et de prendre les rendez-vous qui s'imposent.
- Si, dans un courriel, le patient demande au médecin de lui répondre et qu'il ne reçoit pas de réponse dans un délai raisonnable, il incombe au patient de faire un suivi afin de déterminer si le destinataire visé a bien reçu le courriel, et à quel moment celui-ci y répondra.
- Le patient ne doit pas utiliser le courriel pour communiquer des renseignements médicaux délicats, tels que ceux portant sur les maladies transmises sexuellement, le sida/VIH, la santé mentale, les déficiences développementales, l'abus d'alcool ou d'autres substances. De son côté, le médecin ne traitera pas non plus de ces sujets par courriel.
- Outre les sujets mentionnés au point précédent, il appartient au patient d'aviser le médecin des sujets qui ne doivent pas être abordés par courriel. Le patient a indiqué que les sujets suivants sont à proscrire :

Le patient peut modifier cette liste en tout temps en avisant le médecin par écrit.

- Le médecin n'est pas responsable de la perte d'informations causée par des pannes techniques.

■ Instructions relatives à la communication par courriel

Le patient qui communique avec son médecin par courriel doit :

- Éviter autant que possible d'utiliser un ordinateur appartenant à son employeur ou à un tiers.
- Informer le médecin de tout changement apporté à son adresse électronique.
- Inclure dans son courriel : l'objet de la communication à des fins d'acheminement (p. ex., « renouvellement d'ordonnance ») et son nom dans le corps du texte.
- Relire le courriel avant de l'envoyer au médecin afin de s'assurer que le message est clair et qu'il contient tous les renseignements pertinents.
- Accuser réception des courriels du médecin.
- Prendre les précautions voulues pour respecter la confidentialité des courriels, telles l'utilisation d'un écran de veille et la protection des mots de passe.
- Retirer son consentement uniquement par courriel ou en communiquant par écrit avec le médecin.
- **Le patient qui a besoin d'assistance immédiate, ou dont l'état semble grave ou se détériore rapidement, ne doit pas communiquer avec le médecin par courriel.** Il doit plutôt appeler le cabinet du médecin pour obtenir une consultation ou un rendez-vous, se rendre au cabinet du médecin ou prendre d'autres mesures appropriées.

■ Attestation et consentement du patient

J'atteste, par la présente, avoir lu et pleinement compris le formulaire de consentement. Je comprends les risques associés à la communication par courriel entre le médecin et moi-même, et je consens aux conditions énumérées ci-dessus, ainsi qu'à toute autre mesure que le médecin peut imposer relativement à la communication par courriel avec les patients. Je reconnais que le médecin a le droit, moyennant un préavis écrit, de mettre fin à l'option de communiquer par courriel. Je reconnais par ailleurs avoir obtenu réponse à toutes mes questions.

Nom du patient : Jacques Omnimed_test

Adresse du patient : 1 Rue Alpha La Ligne 2, Btown, QC, A1A1A1

Courriel du patient : jacques.omnimedtest@omnimed.com

Signature du patient : _____ Date 2020/08/06

Signature du témoin : _____ Date 2020/08/06



Nom et prénom du patient Omnimed_test, Jacques			
N° d'assurance maladie OMNJ11111111		Date de naissance Année Mois Jour 1911 11 11	
Adresse (N°, rue) 1 Rue Alpha			
Ville Btown			
Code postal A1A1A1	Ind. rég. 819 111-2233	Sexe M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	

À L'USAGE DU DÉCLARANT

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

Voir la liste au verso

Occupation du patient

Identification de la MADO			
Nom de la MADO		Date du début de la MADO	
		Année	Mois Jour
Prélèvement soumis au laboratoire : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui :			
Date		Date	
Année Mois Jour	Nom du laboratoire	Année Mois Jour	Nom du laboratoire
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Pour une MADO transmissible par le sang, les produits sanguins, les organes ou les tissus : Voir la NOTE au verso			
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	_____

Nom du déclarant		Numéros de téléphone	
(en lettres moulées) Hubert-Deschamps Mikael		N° de permis 4502324	Ind. rég. 800 567-4808
Adresse (N°, rue) 160 rue Pope Cookshire, Québec		Ville Cookshire	Code postal JOB 1M0
Signature du déclarant		Date	Année Mois Jour 2020 / 08 / 06

Ce formulaire ainsi que les coordonnées pour rejoindre les directions de santé publique de toutes les régions peuvent être trouvés sur le site Internet : www.msss.gouv.qc.ca

**À DÉCLARER D'URGENCE PAR TÉLÉPHONE OU PAR TÉLÉCOPIEUR SIMULTANÉMENT
AU DIRECTEUR NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE ET AU DIRECTEUR DE SANTÉ PUBLIQUE
DE VOTRE TERRITOIRE ET À CONFIRMER DANS LES 48 HEURES À L'AIDE DU PRÉSENT FORMULAIRE :**

- Botulisme
- Choléra
- Fièvre jaune
- Fièvres hémorragiques virales *
(ex. : fièvre Ébola, fièvre de Marburg,
fièvre de Crimée-Congo, fièvre de Lassa)
- Maladie du charbon (Anthrax)
- Peste
- Variole

**À DÉCLARER À L'AIDE DU PRÉSENT FORMULAIRE AU DIRECTEUR DE SANTÉ PUBLIQUE
DE VOTRE TERRITOIRE DANS LES 48 HEURES :**

- Amiantose
- Angiosarcome du foie
- Asthme dont l'origine professionnelle a été confirmée par un Comité spécial des maladies professionnelles pulmonaires
- Atteinte broncho-pulmonaire aiguë d'origine chimique (bronchiolite, pneumonite, alvéolite, bronchite, syndrome d'irritation bronchique ou œdème pulmonaire)
- Atteinte des systèmes cardiaque, gastro-intestinal, hématopoïétique, rénal, pulmonaire ou neurologique lorsque le médecin a des motifs sérieux de croire que cette atteinte est consécutive à une exposition chimique d'origine environnementale ou professionnelle par les :
 - Alcools (ex. : alcool isopropylique, alcool méthylique)
 - Aldéhydes (ex. : formaldéhyde)
 - Cétones (ex. : acétone, méthyle éthyle cétone)
 - Champignons (ex. : amanites, clitocybes)
 - Corrosifs (ex. : acide fluorhydrique, hydroxyde de sodium)
 - Esters (ex. : esters d'acides gras éthoxylés)
 - Gaz et asphyxiants (ex. : monoxyde de carbone, hydrogène sulfuré, acétylène)
 - Glycols (ex. : éthylène glycol)
 - Hydrocarbures et autres composés organiques volatils (ex. : aliphatique, aromatique, halogéné, polycyclique)
 - Métaux et métalloïdes (ex. : plomb, mercure)
 - Pesticides (ex. : insecticides organophosphorés et carbamates)
 - Plantes (ex. : datura, stramoine, digitale)
- Babésiose *
- Béryllose
- Brucellose *
- Byssinose
- Cancer du poumon lié à l'amiante dont l'origine professionnelle a été confirmée par un Comité spécial des maladies professionnelles pulmonaires
- Chancre mou
- Coqueluche
- Diphtérie
- Écllosion à entérocoques résistants à la vancomycine
- Écllosion au *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline
- Encéphalite virale transmise par arthropodes * (ex. : VNO, Encéphalite de St-Louis)
- Fièvre Q *
- Fièvre typhoïde ou paratyphoïde
- Gastro-entérite épidémique d'origine indéterminée
- Granulome inguinal
- Hépatites virales * (ex. : VHA, VHB, VHC)
- Infection à *Chlamydia trachomatis*
- Infection à Hantavirus
- Infection à Plasmodium (malaria) *
- Infection gonococcique
- Infection invasive à *Escherichia coli*
- Infection invasive à *Hæmophilus influenzae*
- Infection invasive à méningocoques
- Infection invasive à streptocoques du Groupe A
- Infection invasive à *Streptococcus pneumoniae* (pneumocoque)
- Infection par le VIH seulement si la personne infectée a donné ou reçu du sang, des produits sanguins, des organes ou des tissus *
- Infection par le virus du Nil occidental *
- Légionellose
- Lèpre
- Lymphogranulomatose vénérienne
- Maladie de Chagas *
- Maladie de Creutzfeldt-Jakob et ses variantes *
- Maladie de Lyme *
- Mésothéliome
- Oreillons
- Paralyse flasque aiguë
- Poliomyélite
- Psittacose
- Rage *
- Rougeole
- Rubéole
- Rubéole congénitale
- Sida : seulement si la personne atteinte a donné ou reçu du sang, des produits sanguins, des organes ou des tissus *
- Silicose
- Syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS)
- Syphilis *
- Tétanos
- Toxi-infection alimentaire et hydrique
- Trichinose
- Tuberculose *
- Tularémie
- Typhus

NOTE : Pour les MADO identifiées par un astérisque (*), le médecin doit fournir les informations sur les don(s) et réception(s) de sang, produits sanguins, tissus ou organes.

Selon l'article 93 de la Loi sur la santé publique, le médecin qui soupçonne une menace à la santé de la population (autre que les MADO) doit en aviser le directeur de santé publique de son territoire.



Nom et prénom du patient Omnimed_test, Jacques			
N° d'assurance maladie OMNJ11111111		Date de naissance Année Mois Jour 1911 11 11	
Adresse (N°, rue) 1 Rue Alpha			
Ville Btown			
Code postal A1A1A1	Ind. rég. 819 111-2233	Sexe M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	

À L'USAGE DU DÉCLARANT

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

Voir la liste au verso

Occupation du patient

Identification de la MADO			
Nom de la MADO		Date du début de la MADO Année Mois Jour	
Prélèvement soumis au laboratoire : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui :			
Date Année Mois Jour		Nom du laboratoire	
Date Année Mois Jour		Nom du laboratoire	

Pour une MADO transmissible par le sang, les produits sanguins, les organes ou les tissus : Voir la NOTE au verso

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

Nom du déclarant		Numéros de téléphone	
(en lettres moulées) Hubert-Deschamps Mikael		N° de permis 4502324	Ind. rég. 800 567-4808
Adresse (N°, rue) 160 rue Pope Cookshire, Québec		Ville Cookshire	Code postal JOB 1M0
Signature du déclarant		Date	Année Mois Jour 2020 / 08 / 06

Ce formulaire ainsi que les coordonnées pour rejoindre les directions de santé publique de toutes les régions peuvent être trouvés sur le site Internet : www.msss.gouv.qc.ca

GOVERNING LAW AND JURISDICTION AGREEMENT (FOR NON-RESIDENTS OF CANADA)

GOVERNING LAW

I hereby agree that the relationship and the resolution of any and all disputes arising there from between myself and Doctor Hubert-Deschamps Mikael (as well as his or her agents, delegates or employees), including any issues related to this Agreement, shall be governed by and construed in accordance with the laws of the Province of QUEBEC and the laws of Canada applicable therein.

JURISDICTION

I hereby acknowledge that the treatment will be performed in the Province of QUEBEC and the Courts of the Province of QUEBEC shall have exclusive and preferential jurisdiction to entertain any complaint, demand, claim, proceeding or cause of action, whatsoever arising out of the treatment. I hereby agree that if I commence any such legal proceedings, I will do so only in the province of QUEBEC, and hereby irrevocably submit to the exclusive and preferential jurisdiction of the Courts of the Province of QUEBEC.

PATIENT'S SIGNATURE

WITNESS SIGNATURE

PRINTED NAME:

PRINTED NAME:

Jacques Omnimed_test

DATE: 06/08/2020

Ce document est confidentiel.

Imprimé par : GHISLAIN LAFORTUNE

Département d'obstétrique-gynécologie et périnatalité

Faire parvenir en obstétrique
par télécopieur au 514 338-2355
Remettre l'original à la patiente

Omnimed_test, Jacques
OMNJ11111111 2027/01
Maison : 819 111-2233
Travail : 819 111-3322 x
Cellulaire : 819 111-3322

Carte d'assurance-maladie
et numéro de téléphone de la patiente

DEMANDE D'INDUCTION

Date de la demande : 2020-08-06

Pour le _____ à 7h00 à 19h00 (maturation cervicale)

Âge gestationnel à l'induction : _____ G P A DPA : _____

Statut du Strepto : positif négatif inconnu

Protocole de Strepto avant début Synto ou travail actif

Allergie au LATEX

Motif/s de l'induction (encercler ou inscrire si autre : _____)

Priorité 1	Pré-eclampsie sévère	RPM et Strep B (+)	Saignement significatif stable	> 42 semaines
Priorité 2	RPM Strep B (-)	HTA > 37 semaines	Diabète insulino traité ≥ 39 sem.	RCIU > 37 semaines
	> 41 semaines	Oligohydramnios sévère	mortinaissance	Héparinoprofylaxie ou thérapie ≥ 39 sem.
Priorité 3*	Jumeaux > 37 semaines	Logistique	Travail rapide	Atcd mort foetale in utéro
Priorité 4*	Social	Macrosomie	Diabète Contrôlé avec diète	Inconfort maternel

*Nécessite un score de Bishop > 6

Examen du col (encercler s.v.p.) Date : _____

	0	1	2	3
Dilatation	Fermé	1-2 cm	3-4 cm	≥ 5 cm
Effacement	0-30 %	40-50 %	60-70 %	≥ 80 %
Station	- 3	- 2	- 1/0	+ 1, + 2
Consistance	Dur	Moyen	Mou	
Position	Postérieur	Médian	Antérieur	

ORDONNANCE

CERVIDIL selon protocole CATHÉTER FOLEY R.A.M SYNTOCINON selon protocole

Non-disponibilités du médecin pour les journées entourant la date proposée (**)

(**)

--	--	--	--	--	--	--	--

Hubert-Deschamps Mikael (4502324)
Nom du médecin en caractères d'imprimerie

Signature du médecin traitant

Institut de Physiatrie du Québec

2049, rue Sherbrooke Est
Montréal (Québec) H2K 1C1

Tél. : 514 527-4155

www.physiatrieipq.com

Physiatres

Yves Bergeron MD, FRCPC, FACP
Claude Bouthillier MD, FRCPC
Isabelle Denis MD, BSc., FRCPC
Julie Dubé MD, FRCPC, FACP
Marc Filiatrault MD, FRCPC
Luc Fortin MD, MSc., FRCPC
Richard Lambert MD, FRCPC
Bernard E.Leduc MD, FRCPC
Marie-Ève Levasseur, MD, FRCPC, BSc.
Dien Hung Luong MD, FRCPC, BSc.
Johan Michaud MD, BSc., FRCPC
Marcel Morand MD
Michel Pelletier MD, FRCPC
Denis Raymond MD, FRCPC, FACP

Consultants

Patrick G.Harris MD, FRCSC,
Chirurgie de la main
Johanne Jobin MD, FRCPC,
Anesthésiologiste
Daniel Shedid MD, MSc., FRCSC,
Neurochirurgien

Formulaire sur demande pour :

Provocation discale

Thermolésion

TransDiscal™, IDET™

Coblation, Snergy™

Faire parvenir votre demande par fax

514 598-9963

ou par courriel

fax@physiatrieipq.ca

Pour toute infiltration,
envoyer copie des
rapports RX, CT-Scan
et/ou IRM, EMG

Nom: Omnimed_test	Prénom: Jacques
Adresse: 1 Rue Alpha Btown, QC, A1A1A1	Téléphone R: 819 111-2233 T: 819 111-3322 C: _____
<input type="checkbox"/> CSST	<input type="checkbox"/> SAAQ

Renseignements cliniques: _____	Médecin référent: Mikael, Hubert-Deschamps (lettres moulées ou estampe)
_____	Adresse: 160 rue Pope Cookshire, Québec, J0B 1M0
_____	N° pratique: 4502324 Date: 06 / 08 / 2020
_____	Signature: _____

CONSULTATION et <input type="checkbox"/> EMG	CONSULTATION en <input type="checkbox"/> Physiatrie
<input type="checkbox"/> PHYSIOTHÉRAPIE (65 ans et plus) Pour les patients de 65 ans et plus, les traitements sont payés par la RAMQ	<input type="checkbox"/> Neurochirurgie
	<input type="checkbox"/> Chirurgie de la main

CENTRE DE TRAITEMENT SOUS SCOPIE - Consultation et

CHOISIR LA TECHNIQUE LA PLUS APPROPRIÉE

ÉPIDURALE SOUS FLUOROSCOPIE

Caudale

Foraminale

Niveau radiculaire	Gauche	Droite
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

INFILTRATIONS FACETTAIRES SOUS FLUOROSCOPIE

Bloc facettaire

Bloc de branche médiane postérieure (Double bloc)

Niveau intervertébral	Gauche	Droite
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ARTICULATION SACRO-ILIAQUE

	Gauche	Droite
Infiltration intra-articulaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

CENTRE D'ÉCHOGRAPHIE - Consultation et

ÉCHOGRAPHIE DIAGNOSTIQUE

ÉCHOGRAPHIE DIAGNOSTIQUE AVEC INFILTRATION _____

INFILTRATION ÉCHOGUIDÉE _____

LAVAGE ET ASPIRATION

	Gauche	Droite
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

TRAITEMENTS (Privé, CSST, SAAQ)

PHYSIOTHÉRAPIE

ERGOTHÉRAPIE

ACUPUNCTURE

99909910(A)

Jacques Omnimed_test

OMNJ11111111 - 27/01

1911/11/11

Âge : 108 Sexe : M

1 Rue Alpha, Btown, QC A1A1A1

819 111-2233 x

819 111-3322 x

Père: Mario 1 Test

Mère: Maude Test



La Clinique pour Enfants
The Children's Clinic



Centre Médical Glen
Glen Medical Center

TO THE REFERRING DOCTOR

Name: Jacques Omnimed_test

Sex: M

RAMQ: OMNJ11111111

Age: 108

Date Of Birth: 1911-11-11

Telephone Number: Cell. 819 111-3322

Home: 819 111-2233

Dear Doctor _____,

Thank you very much for this referral. The patient has been seen, examined and will continue to be followed by me for ongoing pediatric care.

Date of first appointment : _____

Feel free to contact me if you have any questions.

Signature

Date: _____ 2020-08-06 _____



La Clinique pour Enfants
The Children's Clinic



Centre Médical Glen
Glen Medical Center

AU MÉDECIN RÉFÉRANT

Nom: Jacques Omnimed_test

Sexe: M

RAMQ: OMNJ11111111

Âge: 108

DDN: 1911-11-11

Numéro de téléphone: Cell. 819 111-3322

Maison : 819 111-2233

Cher Doctor _____,

Merci de m'avoir référé ce patient/cette patiente, dont j'assurerai dorénavant le suivi pédiatrique.

Date du premier rendez-vous : _____

N'hésitez pas à me contacter au besoin,

Signature

Date: _____ 2020-08-06



#:99909910

Omnimed_test, Jacques

NAM : OMNJ11111111 Exp.: 2701
D.D.N.: 11/11/1911 Âge : 108 Sexe : M
Adresse : 1 Rue Alpha La Ligne 2
Btown QC, A1A1A1

Tel : Cell. 819 111- Tel.2: M : 819 111-2233

Conjoint :

Père : Test , Mario 1

Mère : Test, Maude

Langage / Language Français / French Anglais / English

Autre / Other _____ Interprète / Interpreter

DEMANDE DE CONSULTATION EN GÉNÉTIQUE MÉDICALE

MEDICAL GENETIC REFERRAL FORM

*Utilisez formulaire FMU-1345 pour cancer héréditaire

*Use form FMU-1345 for hereditary cancer

Page 1 de 1 of 2

Télécopieur / Fax: 514-412-4296

Courriel / email: genetics@muhc.mcgill.ca

Poste/ mail : Département de génétique médicale

Centre universitaire de santé McGill

Bloc A Chambre A.04-3140

1001 Boul. Décarie, Montréal, Qc, H4A 3J1

IMPORTANT: La demande sera retournée si les renseignements sont insuffisants

Referral will be returned if information is insufficient

*Critères de consultation à l'endos / Referral criteria on reverse side

Un manque d'information peut influencer la décision du triage

À considérer : dysmorphie, malformation, croissance/alimentation, développement, intellect, comportement, tissu conjonctif et/ou symptômes psychiatrique, endocrinologique, neuromusculaire, hématologique, immunitaire, dermatologique, squelettique.

Missing information can impact our triage decision

To consider: dysmorphism, malformation, growth/feeding, development, intellect, behaviour, connective tissue, skeletal and/or psychiatric, endocrinological, neuromuscular, hematologic, immune, dermatological symptoms.

Motifs de la demande et renseignements cliniques

Reason for request and clinical data

Cochez si applicable / Check if applicable

- Demande urgente, noter la raison**
If urgent note the reason
- Grossesse en cours, noter DDM _____**
If pregnant note LMP _____
- Diagnostic confirmé, noter les détails**
Confirmed diagnosis, note details
- Maladie métabolique, noter pourquoi soupçonnée**
Metabolic condition, note why suspected
- Antécédents familiaux de la maladie de Huntington**
Family history of Huntington disease
- Dépistage juif ashkénaze**
Ashkenazi jewish screening

Tests complétés avec rapport (si pas dans Oacis) / Completed tests with copy of report (if not in OACIS)

aCGH _____ Autre test génétique / Other genetic test _____ **Parents testés/ Parents tested** Oui / Yes Non / No

Antécédents familiaux/ Family history Rien de significatif / Nothing significant Non disponible / Not available

Détails pertinents / Relevant details _____

Médecin requérant/département/ Referring physician/department _____

N° de permis / License No. _____

Signature _____ **Date (AAYY/MM/JD)** _____

CRITÈRES POUR DEMANDE DE CONSULTATION EN GÉNÉTIQUE MÉDICALE
CRITERIA FOR REFERRAL TO MEDICAL GENETICS

(Notez qu'il y a des critères spécifiques pour demande pour cancer héréditaire - voir formulaire FMU-1345)
(Note that there are specific criteria for hereditary cancer referrals - see form FMU-1345)

IMPORTANT: La demande sera retournée si les renseignements sont insuffisants

Referrals will be returned if information is insufficient

*** Demande de consultation à l'endos / Referral form on reverse side**

Critères pour toute demande / For all referrals

- S'il vous plaît fournir **tous les documents pertinents** (pathologie, imagerie médicale, consultations, résultats de tests génétiques et/ou sanguin ...)
Please provide all relevant documentation (pathology, medical imaging, consults, genetic and/or blood test results ...)
- **Nous ne pouvons pas accepter les demandes pour interprétation de résultat**, en particulier pour variante(s) incertaine(s).
Exception : variante sur micro-puce, acceptée, si les résultats parentaux ne changent pas le résultat à "probablement bénin" (svp fournir les rapports).
We cannot accept referrals to interpret results, particularly when tests identify one or more variant of uncertain significance.
Exception: aCGH variants accepted, only if parental results do not change interpretation to "likely benign" (please provide reports)
- Notez que nous offrons des services de **Télésanté** / Note that we offer Telehealth services

Critères pour indications spécifiques / Criteria for specific indications:

Trouble dans le spectre autistique / Autism spectrum disorders

- Nous exigeons la **confirmation du diagnostic**. Veuillez inclure le rapport s'il n'est pas dans Oacis
We require confirmation of diagnosis. Please attach report if not in Oacis

Perte auditive / Hearing loss

- Perte **conductrice** acceptée seulement si un syndrome est soupçonné (noter la raison sur la demande)
Conductive loss accepted only if a syndrome is suspected (note the reason on the referral)
- Perte **neurosensorielle unilatérale** acceptée si TDM (CT) anormale ou si un syndrome est soupçonné (noter la raison sur la demande)
Unilateral sensorineural loss accepted if CT is abnormal or a syndrome is suspected (note the reason on the referral)
- Perte **neurosensorielle bilatérale** requière une copie du rapport audiolgique (si pas dans Oacis); triage urgent si "candidat implant cochléaire" noté
Bilateral sensorineural loss requires copy of audiology report (if not in Oacis); triaged as urgent if "candidate for cochlear implant" noted

Syndrome de fièvre périodique / Periodic fever syndrome

- **Accepté seulement du rhumatologue ou de l'immunologue**
Only accepted if from rheumatologist or immunologist

Troubles du tissu conjonctif / Connective tissue disorders

- **Veillez consulter la cardiologie et l'ophtalmologie simultanément à la demande en médecine génétique**
Cardiology and ophthalmology consultations should be arranged at same time of referral as medical genetics

Conditions psychiatriques / Psychiatric conditions

- **Accepté s'il y a des antécédents familiaux importants et/ou problème d'apprentissage ou neurologique, maladie multi-systémique, imagerie ou examen physique anormal ou présentation atypique (ex: réponse anormale à la médication ou âge atypique)**
Accepted if there is a strong family history and/or learning or neurological problems, multisystem involvement, unusual imaging/physical exam findings or atypical presentation (e.g. aberrant response to medication, atypical age of onset)

Dépistage juif ashkénaze / Ashkenazi jewish screening

- **Pour plus d'informations, consultez le site / For more information, see the website:**
<https://muhc.ca/med-genetics-ajprogram/profile/med-genetics-ajprogram>

**AUTHORIZATION TO
RELEASE INFORMATION
CONTAINED IN THE
MEDICAL RECORD**



DT9113

Surname and given name(s) at birth			
Name now used Jacques Omnimed_test			
Present address of user 1 Rue Alpha La Ligne 2, Btown, QC, A1A1A1			
RAMQ No. OMNJ11111111	Birthdate Year 1911	Month 11	Day 11

File number: **99909910** Date of admission:

Surname and given name(s) of father Test, Mario 1	Surname and given name(s) of mother Test, Maude
Other names used previously	

I, the undersigned, Jacques Omnimed_test 1 Rue Alpha La Ligne 2, Btown, QC, A1A1A1
Name and address

In my capacity of _____
User or person authorized

Authorize the establishment _____

To send the following information _____

to: _____

Concerning the care or services received during the following period: _____

Such information is contained in the dossier of the above-identified user.

This authorization is valid for a period of _____ days following the date this document was signed.

Signatory: user or authorized person

Year	Month	Day
2020	08	06
Date		

Witness to the signature

Year	Month	Day
2020	08	06
Date		

N.B.: It must be assured that the persons signing this form are authorized to do so in accordance with the legislative texts in force. Where necessary, please indicate the capacity (guardian or holder of parental authority) in which the person is authorized to sign.

**AUTORISATION
DE COMMUNIQUER
DES RENSEIGNEMENTS
CONTENUS AU DOSSIER**



DT9060

Nom et prénom à la naissance			
Nom actuellement utilisé Jacques Omnimed_test			
Adresse actuelle de l'utilisateur 1 Rue Alpha La Ligne 2, Btown, QC, A1A1A1			
N° de la RAMQ OMNJ11111111	Date de naissance Année 1911	Mois 11	Jour 11

N° de dossier : 99909910 Date d'admission :

Nom et prénom du père Test , Mario 1	Nom et prénom de la mère Test, Maude
Autres noms utilisés antérieurement	

Je, soussigné-e, Jacques Omnimed_test 1 Rue Alpha La Ligne 2, Btown, QC, A1A1A1
Nom et adresse

En ma qualité de _____
Usager ou personne autorisée

Autorise l'établissement _____

À faire parvenir à _____

Les renseignements suivants : _____

Pour les soins ou services reçus se rapportant à la période suivante : _____

Contenus dans le dossier de l'utilisateur ci-dessus identifié.

Cette autorisation est valable pour une période de _____ jours à compter de la date de la signature de ce document.

Signataire : usager ou personne autorisée

Année	Mois	Jour
2020	08	06
Date		

Témoin à la signature

Année	Mois	Jour
2020	08	06
Date		

N.B. : On doit s'assurer que les signataires de cette formule sont autorisés à le faire conformément aux textes législatifs en vigueur. Et le cas échéant, prière de mentionner à quel titre (curateur ou titulaire de l'autorité parentale) la personne est autorisée à signer.



DT9261

**NIVEAUX DE SOINS ET
RÉANIMATION CARDIORESPIRATOIRE**

Les options ci-dessous ont une valeur indicative pour orienter des soins qui sont médicalement appropriés.

Nom de l'établissement
Omnimed

Nom de l'utilisateur Omnimed_test		
Prénom Jacques		
N° de dossier 99909910	Date de naissance Année Mois Jour 1911 11 11	
Sexe <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	N° d'assurance maladie OMNJ11111111 2027/01	

Réviser lors de tout changement d'état de santé ou à la demande de l'utilisateur/représentant en utilisant un nouveau formulaire.

Aptitude à discuter des niveaux de soins		
<input type="checkbox"/> Apte <input type="checkbox"/> Inapte : <input type="checkbox"/> Mandat homologué <input type="checkbox"/> Curatelle publique/privée; Nom : _____ <input type="checkbox"/> Mineur de moins de 14 ans Nom du tuteur, lien : _____		
Volontés antérieures : <input type="checkbox"/> Aucune disponible <input type="checkbox"/> Niveau de soins antérieur <input type="checkbox"/> Directive médicale anticipée <input type="checkbox"/> Testament de vie, autre		
Niveaux de soins : cocher et fournir les détails dans l'encadré (Notes explicatives au verso)		
<input type="checkbox"/> Objectif A : Prolonger la vie par tous les soins nécessaires <input type="checkbox"/> Objectif B : Prolonger la vie par des soins limités <input type="checkbox"/> Objectif C : Assurer le confort prioritairement à prolonger la vie <input type="checkbox"/> Objectif D : Assurer le confort uniquement sans viser à prolonger la vie	Donner au besoin dans l'encadré des détails sur des soins particuliers. <i>Par exemple : hémodialyse, transfusion sanguine, soutien nutritionnel (entéral ou parentéral), soins préventifs, etc.</i>	
Réanimation cardiorespiratoire (RCR) : cocher et fournir au besoin les détails dans l'encadré (Notes explicatives au verso)		
Arrêt cardiaque (circulatoire) <input type="checkbox"/> Tenter la RCR <input type="checkbox"/> Ne PAS tenter la RCR	Cocher si NON désiré : pour guider les soins préhospitaliers aux objectifs B et C (voir au verso) <input type="checkbox"/> PAS d'intubation d'urgence (objectifs B et C seulement) <input type="checkbox"/> PAS d'assistance ventilatoire si inconscient (objectif C seulement)	
Notes explicatives sur la discussion et consignes concernant des soins particuliers		
Discuté avec : <input type="checkbox"/> Usager <input type="checkbox"/> Représentant	Nom _____ Lien _____	
Coordonnées _____		
Rapporter les noms des participants ainsi que les mots utilisés pendant la discussion et toute information qui aide à préciser les volontés.		
Nom du médecin Hubert-Deschamps Mikael (4502324)	Signature _____	Date (année, mois, jour) 2020 08 06
Coordonnées 160 rue Pope, Cookshire, Québec, J0B 1M0, Tel. : 800 567-4808, Fax. : 888 780-6081		
Si une copie est remise à l'utilisateur ou à son représentant, elle est signée par eux pour que les techniciens ambulanciers paramédics (TAP) puissent suivre les instructions fournies sur le formulaire.		
Nom de l'utilisateur ou représentant _____	Signature _____	Date (année, mois, jour) _____

Notes explicatives

- Ce formulaire n'est pas un substitut au consentement aux soins qui doit toujours être obtenu (*sauf dans les circonstances exceptionnelles d'urgence*).
- Ce formulaire doit être signé par un médecin.

Description des niveaux de soins

La discussion sur les niveaux de soins est engagée avec l'utilisateur ou, en cas d'inaptitude, avec son représentant dans un esprit de décision partagée sur des soins médicalement appropriés. Les explications et exemples fournis dans les descriptions suivantes ne présument pas de l'état d'aptitude de l'utilisateur ni de son lieu de soins habituel.

Objectif A Prolonger la vie par tous les soins nécessaires	<ul style="list-style-type: none"> • Les soins comprennent toutes les interventions médicalement appropriées et un transfert¹ si l'intervention n'est pas disponible sur place. • Toute intervention invasive peut être envisagée, y compris, par exemple, l'intubation et les soins intensifs. <p>► En préhospitalier, à moins d'avis contraire de l'utilisateur ou de son représentant, tous les protocoles sont applicables; l'intubation, l'assistance ventilatoire² et l'assistance respiratoire³ sont incluses lorsqu'appropriées.</p>
Objectif B Prolonger la vie par des soins limités	<ul style="list-style-type: none"> • Les soins intègrent des interventions visant la prolongation de la vie qui offrent une possibilité de corriger la détérioration de l'état de santé tout en préservant la qualité de vie. • Les interventions peuvent entraîner un inconfort qui est jugé acceptable par l'utilisateur ou par son représentant dans le seul intérêt de l'utilisateur, en fonction des circonstances et des résultats attendus. • Certains soins sont exclus, car jugés disproportionnés⁴ ou inacceptables⁴ par l'utilisateur ou son représentant dans le seul intérêt de l'utilisateur, compte tenu du potentiel de récupération et des conséquences indésirables (<i>par exemple : intubation à court ou à long terme, chirurgie majeure, transfert</i>). <p>► En préhospitalier, à moins d'avis contraire de l'utilisateur ou de son représentant, tous les protocoles sont applicables; l'assistance ventilatoire² et l'assistance respiratoire³ sont incluses; l'intubation est incluse sauf si non désirée sur le formulaire (cochée dans l'encadré soins préhospitaliers).</p>
Objectif C Assurer le confort prioritairement à prolonger la vie	<ul style="list-style-type: none"> • Les soins visent en priorité le confort de l'utilisateur par la gestion des symptômes. • Des interventions susceptibles de prolonger la vie sont déployées au besoin pour corriger des problèmes de santé réversibles, par des soins jugés acceptables par l'utilisateur ou par son représentant dans le seul intérêt de l'utilisateur (<i>par exemple : antibiotiques par voie orale ou intraveineuse pour traiter une pneumonie</i>). • Le transfert dans un milieu de soins approprié est envisagé uniquement si les moyens disponibles localement sont insuffisants pour assurer le confort (<i>par exemple, en cas de fracture de la hanche présentant un inconfort important ou en cas de détresse respiratoire à domicile</i>). <p>► En préhospitalier, à moins d'avis contraire de l'utilisateur ou de son représentant, tous les protocoles sont applicables; l'assistance respiratoire³ est incluse; l'intubation et l'assistance ventilatoire² sont incluses sauf si non désirées sur le formulaire (cochées dans encadré soins préhospitaliers).</p>
Objectif D Assurer le confort uniquement sans viser à prolonger la vie	<ul style="list-style-type: none"> • Les soins visent exclusivement le maintien du confort par la gestion des symptômes (<i>par exemple : douleur, dyspnée, constipation, anxiété, etc.</i>). • Les interventions ne visent aucunement à prolonger la vie; la maladie est laissée à son cours naturel. • Un traitement habituellement donné à des fins curatives peut être utilisé, mais uniquement parce qu'il représente la meilleure option pour soulager l'inconfort (<i>par exemple : antibiotiques par voie orale en cas d'une infection urinaire basse ou à C. difficile</i>). • Le transfert dans un milieu de soins approprié est envisagé uniquement si les moyens disponibles localement sont insuffisants pour assurer le confort (<i>par exemple, en cas de fracture de la hanche présentant un inconfort important ou en cas de détresse respiratoire à domicile</i>). <p>► En préhospitalier, à moins d'avis contraire de l'utilisateur ou de son représentant, les protocoles d'oxygénation, de salbutamol, de nitroglycérine (douleur thoracique) et de glucagon sont applicables. En contexte de détresse respiratoire de l'utilisateur conscient, l'assistance respiratoire³ (CPAP) peut être utilisée si non refusée. L'intubation et l'assistance ventilatoire² sont exclues. Chez l'utilisateur vivant, les manœuvres de désobstruction des voies respiratoires (DVR) peuvent être effectuées.</p>

Réanimation cardiorespiratoire (RCR)

La RCR fait partie de la même discussion que celle des niveaux de soins. La décision est précisée de façon distincte afin de permettre une décision rapide dans le cas d'un arrêt cardiorespiratoire. La décision concernant la RCR n'est applicable que dans le cas d'un arrêt cardiaque avec arrêt de la circulation. Dans le cas où une tentative de RCR est souhaitée, les mesures disponibles sur place seront entreprises dans l'attente des services d'urgence, selon le cas.

¹ Le terme « **transfert** » implique le déplacement de l'utilisateur vers un lieu de soins différent de celui où il se trouve (départ du domicile, inter-établissement ou intra-établissement, etc.). Si un transfert n'est pas considéré, il faut passer à un objectif autre que A.

² L'**assistance ventilatoire** se fait par des techniques non invasives (type ballon-masque, Oxylator) chez l'utilisateur inconscient.

³ L'**assistance respiratoire** se fait par des techniques non invasives (CPAP) chez l'utilisateur conscient.

⁴ Le sens des termes « **disproportionné** » et « **inacceptable** » est basé sur des perceptions subjectives et des valeurs qui varient entre les personnes et dans le temps. Les termes utilisés par l'utilisateur ou son représentant sont importants à consigner dans l'encadré prévu à cette fin.

OUT-OF-PROVINCE CLAIM FOR PHYSICIAN SERVICES

SPACE RESERVED FOR ADMINISTRATIVE PURPOSES

A To be completed by Patient or Representative (please type or print clearly)

PATIENT'S LAST NAME ON HEALTH CARD Omnimed_test	FIRST NAME Jacques	MEDICARE NUMBER OMNJ11111111
PERMANENT MAILING ADDRESS 1 Rue Alpha La Ligne 2		CARD EXPIRY DATE 2027/01

MUNICIPALITY Btown	PROVINCE/TERRITORY QC	POSTAL CODE A1A1A1
-----------------------	--------------------------	-----------------------

BIRTHDATE YEAR MONTH DAY 1911 11 11	SEX <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	NAME OF PARENT / GUARDIAN	RELATIONSHIP TO PATIENT
---	--	---------------------------	-------------------------

DATE OF DEPARTURE FROM HOME PROVINCE/TERRITORY YEAR MONTH DAY	DATE OF RETURN TO HOME PROVINCE/TERRITORY YEAR MONTH DAY	PLACE WHERE TREATED (PROVINCE, TERRITORY)	IS THIS A PERMANENT MOVE? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	IF YES, INDICATE THE MOVE DATE YEAR MONTH DAY
--	---	---	---	--

GIVE REASON FOR ABSENCE FROM HOME
 VACATION STUDY BUSINESS OTHER: (specify) _____

B Declaration of Patient or Representative

I hereby declare, conscientiously believing it to be true and knowing it to have the same effect as if it were made under oath and by virtue of the *Canada Evidence Act*, that the information given above is correct and that I am a beneficiary of the Medical Care Plan in the province/territory of _____

SIGNATURE OF PATIENT (If other than patient, state relationship to patient) X _____	DATE YEAR MONTH DAY	TELEPHONE NO. (Work) AREA CODE	TELEPHONE NO. (Home) AREA CODE
--	------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------

C To be completed by Health Professional (please type or print clearly)

HEALTH PROFESSIONAL'S LAST NAME Mikael	FIRST NAME Hubert-Deschamps	<input type="checkbox"/> GENERAL PRACTITIONER <input type="checkbox"/> SPECIALIST SPECIALITY _____
NAME OF BUSINESS (IF APPLICABLE) Omnimed	IF APPLICABLE <input type="checkbox"/> ANESTHETIST <input type="checkbox"/> SURGICAL ASSISTANT <input type="checkbox"/> PSYCHIATRIST	DURATION OF TREATMENT HRS MINS
ADDRESS NUMBER STREET MUNICIPALITY 160 rue Pope Cookshire	NAME OF REFERRING PHYSICIAN	
PROVINCE OR TERRITORY Québec	POSTAL CODE JOB 1M0	TELEPHONE NUMBER AREA CODE 800 567-4808
SPECIALITY		

PAYMENT TO HEALTH PROFESSIONAL REIMBURSEMENT TO PATIENT PAYMENT TO BUSINESS

NAME AND ADDRESS OF HOSPITAL IF ITS SERVICES WERE USED	ADMISSION DATE YEAR MONTH DAY	DISCHARGE DATE YEAR MONTH DAY
--	----------------------------------	----------------------------------

D Description of services delivered

PROCEDURE/TREATMENT	FEE CODE	FEE	DATE OF SERVICE		TIME		Place where the services were rendered					
			YEAR	MONTH	DAY	HRS	MINS	OFFICE	HOSPITAL IN-PATIENT	HOSPITAL OUT-PATIENT	EMERGENCY ROOM	HOME

DIAGNOSIS AND OTHER REMARKS

CLAIM INVOLVES:
 WORK ACCIDENT AUTOMOBILE ACCIDENT OTHER: (specify) _____

DATE OF ACCIDENT
YEAR MONTH DAY

I accept the patient's plan payment as payment in full.

HEALTH PROFESSIONAL'S SIGNATURE X _____

DATE
YEAR MONTH DAY
2020 08 06

LANGUAGE OF CORRESPONDENCE
 FRENCH ENGLISH

RÉCLAMATION HORS PROVINCE POUR SERVICES MÉDICAUX

ESPACE RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION

A À remplir par la personne assurée ou son représentant (en lettres majuscules)

NOM DE FAMILLE DE LA PERSONNE ASSURÉE SUR LA CARTE SANTÉ Omnimed_test		PRÉNOM Jacques	NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE OMNJ 1111 1111	
ADRESSE PERMANENTE 1 Rue Alpha La Ligne 2			DATE D'EXPIRATION DE LA CARTE 2027/01	
MUNICIPALITÉ Btown		PROVINCE OU TERRITOIRE QC	CODE POSTAL A1A1A1	
DATE DE NAISSANCE ANNÉE MOIS JOUR 1911 11 11	SEXE <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	NOM DU PARENT OU DU TUTEUR	SPÉCIFIEZ LA RELATION AVEC LA PERSONNE ASSURÉE	
DATE DE DÉPART DE LA PROVINCE OU DU TERRITOIRE D'ORIGINE ANNÉE MOIS JOUR	DATE DE RETOUR DANS LA PROVINCE OU LE TERRITOIRE D'ORIGINE ANNÉE MOIS JOUR	PROVINCE, TERRITOIRE OÙ LES SERVICES ONT ÉTÉ RENDUS	S'AGIT-IL D'UN DÉMÉNAGEMENT PERMANENT? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	SI OUI, INDIQUEZ LA DATE DU DÉMÉNAGEMENT ANNÉE MOIS JOUR
RAISON DU SÉJOUR : <input type="checkbox"/> VACANCES <input type="checkbox"/> ÉTUDES <input type="checkbox"/> AFFAIRES <input type="checkbox"/> AUTRES : (précisez) _____				

B Déclaration de la personne assurée ou de son représentant

Je déclare par la présente, sachant que cette déclaration a la même valeur que si elle était faite sous serment et en vertu de la Loi sur la preuve au Canada, que les renseignements ci-dessus sont exacts et que je suis une personne assurée du régime d'assurance maladie de la province ou du territoire de _____

SIGNATURE DE LA PERSONNE ASSURÉE (Si le signataire n'est pas la personne assurée, indiquer la relation avec celle-ci) X	DATE ANNÉE MOIS JOUR	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE (travail) IND. RÉG.	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE (domicile) IND. RÉG.
---	-------------------------	--	---

C À remplir par le professionnel (en lettres majuscules)

NOM DU PROFESSIONNEL Mikael	PRÉNOM Mikael	<input type="checkbox"/> OMNIPRATICIEN <input type="checkbox"/> SPÉCIALISTE SPÉCIALITÉ _____
NOM DE LA RAISON SOCIALE (S'IL Y A LIEU) Omnimed	S'IL Y A LIEU <input type="checkbox"/> ANESTHÉSISTE <input type="checkbox"/> ASSISTANT-CHIRURGIEN <input type="checkbox"/> PSYCHIATRE	DURÉE DU TRAITEMENT HEURES MINUTES
ADRESSE NUMÉRO RUE 160 rue Pope	VILLE Cookshire	NOM DU MÉDECIN QUI A RÉFÉRÉ LA PERSONNE ASSURÉE
PROVINCE OU TERRITOIRE Québec	CODE POSTAL JOB 1M0	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE IND. RÉG. 800 567-4808
<input type="checkbox"/> VERSEMENT AU PROFESSIONNEL <input type="checkbox"/> REMBOURSEMENT À LA PERSONNE ASSURÉE <input type="checkbox"/> VERSEMENT À LA RAISON SOCIALE		

NOM ET ADRESSE DU CENTRE HOSPITALIER SI LES SERVICES ONT ÉTÉ UTILISÉS	DATE D'ADMISSION ANNÉE MOIS JOUR	DATE DE SORTIE ANNÉE MOIS JOUR
---	-------------------------------------	-----------------------------------

D Description des soins dispensés

Lieu où les services ont été rendus

NATURE DES SERVICES	CODE D'ACTE	TARIF	DATE DES SERVICES		HEURE	AU CABINET	SERVICE HOSPITALIER	SERVICE EXTERNE	SALLE D'URGENCE	À DOMICILE
			ANNÉE	MOIS						
						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DIAGNOSTIC ET REMARQUES

S'IL S'AGIT D'UNE RÉCLAMATION RELATIVE À <input type="checkbox"/> UN ACCIDENT DE TRAVAIL <input type="checkbox"/> UN ACCIDENT D'AUTOMOBILE <input type="checkbox"/> AUTRE : (précisez) _____	DATE DE L'ACCIDENT ANNÉE MOIS JOUR
---	---------------------------------------

J'accepte comme paiement complet la somme prévue par l'assurance maladie de la personne assurée.

SIGNATURE DU PROFESSIONNEL X	DATE ANNÉE MOIS JOUR 2020 08 06	LANGUE DE CORRESPONDANCE <input type="checkbox"/> FRANÇAIS <input type="checkbox"/> ANGLAIS
-------------------------------------	--	--

REQUÊTE DE SERVICES PROFESSIONNELS



DT9055

Nom de l'établissement

Omnimed

Demande d'opinion

Demande d'intervention



URGENT oui non

Année	Mois	Jour
_ _	_	_
Date d'admission		

Service concerné

Date de naissance			N° chambre	N° de dossier
Année	Mois	Jour		
1911	11	11		99909910
Nom et prénom à la naissance				
Omnimed_test, Jacques				
Nom usuel ou nom du conjoint				
Adresse				
1 Rue Alpha La Ligne 2, Btown, A1A1A1, QC				
Code postal		Téléphone <small>int. rég.</small>		Sexe
A1A	1A1	819 111-2233		M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
N° d'assurance maladie			Nom du médecin traitant	
OMNJ11111111				

MOTIFS DE LA REQUÊTE (Diagnostica et renseignements utiles)

Signature du médecin traitant ou du requérant	N° de permis 4502324	Date	Année 2020	Mois 08	Jour 06	Heure 11:37
---	-------------------------	------	---------------	------------	------------	----------------

RÉPONSE DU PROFESSIONNEL

(Si la réponse est dictée, le professionnel doit consigner son opinion et les recommandations qui sont nécessaires, de façon immédiate.)

Signature du professionnel	N° de permis	Date	Année	Mois	Jour	Heure :
----------------------------	--------------	------	-------	------	------	------------

- | | | | | |
|--|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Audiologie | <input type="checkbox"/> Nutrition clinique | <input type="checkbox"/> Physiothérapie | <input type="checkbox"/> Service des soins spirituels | <input type="checkbox"/> Autre (préciser) : |
| <input type="checkbox"/> Ergothérapie | <input type="checkbox"/> Orthophonie | <input type="checkbox"/> Podiâtrie | <input type="checkbox"/> Service social | |
| <input type="checkbox"/> Médecine dentaire | <input type="checkbox"/> Pharmacie | <input type="checkbox"/> Psychologie | <input type="checkbox"/> Soins infirmiers | |

REQUÊTE DE SERVICES PROFESSIONNELS



MRC 0311 09 2006
 Centre universitaire de santé McGill
 McGill University Health Centre

HME HGM HRV
 MCH MGH RVH
 HNM ITM
 MNH MCI



99909910
 Omnimed_test, Jacques

DDN : 1911/11/11
 OMNJ11111111
 1 Rue Alpha APP La Ligne 2

2027-01

Btown A1A1A1
 819 111-2233
 819 111-3322

AUTHORIZATION TO RELEASE INFORMATION

Fax Pick-up Mail

Surname and given name(s) at birth:		Name used now: Omnimed_test, Jacques		Medical record number: 99909910	
Surname & given name(s) of mother: Test, Maude			Surname & given name (s) of father: Test , Mario 1		
Present address of user: 1 Rue Alpha APP La Ligne 2					
City Btown		Prov. / Country QC		Postal Code: A1A1A1	
RAMQ# OMNJ11111111		Date of birth 1911/11/11			
Telephone # 819 111-2233		Alternate Telephone # 819 111-3322			
Fax # 888 780-6081 <input type="checkbox"/> (Please forward original)		Pick up: (Name of person)		Phone number	

I, THE UNDERSIGNED _____

IN MY CAPACITY OF _____

AUTHORIZE _____

TO RELEASE THE FOLLOWING INFORMATION: _____

To: _____

CONCERNING THE CARE OR SERVICES RECEIVED ON _____

THIS AUTHORIZATION IS VALID FOR A PERIOD OF 90 DAYS FOLLOWING THE DATE THIS DOCUMENT WAS SIGNED.

 SIGNATURE OF PATIENT OR HIS LEGAL REPRESENTATIVE

2020/06/20
 DATE (YYYY / MM / DD)

WITNESS TO SIGNATURE

2020/06/20
 DATE (YYYY / MM / DD)

THE ABOVE IS IN ACCORDANCE WITH AN ACT RESPECTING HEALTH SERVICES AND SOCIAL SERVICES, AN ACT RESPECTING ACCESS TO DOCUMENTS HELD BY PUBLIC BODIES AND THE PROTECTION OF PERSONAL INFORMATION (c. S-4.2) AND ANY OTHER PERTINENT ACTS. IT MUST BE ASSURED THAT THE PERSON SIGNING THIS FORM IS AUTHORIZED TO DO SO. PLEASE INDICATE THE CAPACITY IN WHICH THE PERSON IS AUTHORIZED TO SIGN. (CURATOR, HOLDER OF PARENTAL AUTHORITY)

Bain à l'eau de Javel

Les bains à l'eau de Javel sont plus en plus utilisés dans la prise en charge de l'eczéma; l'eau de Javel ajoutée à l'eau du bain aide à éradiquer les bactéries cutanées ce qui, en retour, permet aux personnes de tout âge de mieux maîtriser leur eczéma.

- Pour préparer un bain à l'eau de Javel à la maison, ajoutez de 60 à 120 ml (1/4 à 1/2 tasse) d'eau de Javel de concentration régulière pour l'entretien ménager (de 4 à 6% d'hypochlorite de sodium) à une pleine baignoire d'eau chaude (équivalent habituellement à environ 150 litres). Mélangez bien l'eau de Javel à l'eau claire. Trempez dans la solution pendant de 5 à 10 minutes. Puis, rincez bien la peau à l'eau chaude. Par la suite, tapotez délicatement la peau avec une serviette douce, en y laissant une certaine humidité. Poursuivez immédiatement avec votre routine régulière d'hydratation, en utilisant un hydratant ou des produits vendus sur ordonnance, selon les recommandations de votre médecin. Ces bains à l'eau de Javel peuvent être pris 2 ou 3 fois par semaine.
- Cette concentration de Javel est relativement faible (0,005%) et est similaire à celle de l'eau de piscine. Les bains à l'eau de Javel contribuent à la maîtrise de l'eczéma, car la solution diluée de Javel aide à éliminer une certaine bactérie cutanée. Ce type de bactérie peut entraîner l'aggravation de l'eczéma.
- Pour les plus petites baignoires, une bonne règle à suivre est d'utiliser 1 cuillère à thé (5 ml) d'eau de Javel pour chaque 5 litres d'eau. Manipulez toujours avec soin l'eau de Javel, et n'oubliez pas de protéger vos vêtements, les tapis de bain, les serviettes, etc. car la solution risque de les décolorer.

Bleach Baths

Bleach baths are being increasingly used to help manage eczema; adding bleach to your bath water helps control skin bacteria, and in turn helps children and adults get better control of their eczema.

- To create a bleach bath at home, add 60 to 130ml (1/4 cup to 1/2 cup) of regular strength household bleach (4-6% sodium hypochlorite) to a full bathtub of warm water (which is usually about 150 litres). Mix the bleach and clear water well. Bathe in the solution for 5-10 minutes. After this, rinse the skin well with warm water. Then, gently pat the skin with a soft towel, leaving some water on the skin. Immediately continue with your regular moisturizing routine, using moisturizer and/or prescription products as recommended by your physician. These bleach baths can be done 2 or 3 times a week.
- This concentration of bleach is quite low (0.005%) and is similar to the amount in a swimming pool. Bleach baths help to control eczema because the dilute bleach baths help to control the amounts of certain bacteria on the skin. This type of bacteria can be responsible for making eczema worse.
- For smaller bathtubs, a good rule of thumb is to use 1 teaspoon (5ml) of regular bleach for every 5 litres of water. Always exercise caution when handling bleach and remember to protect clothing, bath mats, towels, etc. as they may become bleached from the solution.



- HME HGM HRV
 MCH MGH RVH
 HNM ITM CL
 MNH MCI LC

Montreal Children's Hospital

Brain Development Behaviour (BDB) Centralized Intake Referral Form

1001, boul. Décarie, Room A04-3140
Montreal, Québec, H4A 3J1

Telephone: (514) 412- 4496
Fax: (514) 412-4136 Email: bdbci@muhc.mcgill.ca

Patient Information (please print):		
Date of birth: 11/11/1911	MCH File no.	
Last name, First name Omnimed_test, Jacques		
Current address 1 Rue Alpha La Ligne 2 Btown QC, A1A1A1	City, Province	Postal Code
Home telephone number Cell. 819 111-3322	Other telephone number H: 819 111-2233	
Email jacques.omnimedtest@omnimed.com		
Language French <input type="checkbox"/> English <input type="checkbox"/> Other: _____ Interpreter needed <input type="checkbox"/>		

Referral date (yyyy/MM/dd):
2020/08/06

Please describe your concerns:

Please attach any additional information on a separate page.

Please check all that apply:

Developmental concerns (0-5 years only)

1- Child has gross motor and/or fine motor delay

2- Child presents with abnormal motor exam (specify below) :
 early handedness spasticity
 weakness weakness with hypotonia
 other: _____

3- Child has a speech/language delay

4- Child has significant behavioural or emotional difficulties
Describe: _____

5- Child requires autism evaluation and /or autism is suspected for the following reasons:
 Significant social difficulties
 Communication limitations
 Unusual behaviour / play

Parents have been informed of the suspicion of autism

Hearing test only is required

Parents suspect hearing loss Failed hearing test elsewhere. Please specify: _____

Child presents a high risk of having hearing loss:
 Family history of hearing loss Cranio-facial abnormalities
 Ototoxic medication Any medical conditions associated with hearing loss
 Meningitis Please specify: _____
 Complicated neonatal course Other: _____

History of otitis media

Central Auditory Processing evaluation has been recommended

Risk Indicators

Child spent time in an NICU after birth

Child has a microcephaly/macrocephaly

Child appears to have dysmorphic features

Child has experienced an afebrile seizure

Child has lost, over time, previously acquired developmental skills (i.e. developmental regression)

Family history in a close relative (first degree or sibling of parent) of intellectual disability, autism, or cerebral palsy

Child has severe delay (i.e. developmental skills are less than a third that is expected for chronological age)

Other: _____

Referral Source:

Name of Physician (please print): Hubert-Deschamps Mikael Licence number: 4502324

Address: 160 rue Pope Cookshire J0B 1M0

Telephone number: 800 567-4808 Fax number: 888 780-6081

PARENTS ARE INFORMED OF THIS REFERRAL AND AGREE Signature: _____



- HME HGM HRV
 MCH MGH RVH
 HNM ITM CL
 MNH MCI LC

Hôpital de Montréal pour enfants

Cerveau-Développement-Comportement (CDC) Formulaire pour demande de consultation centralisée

1001, boul. Décarie, Salle A04-3140
Montréal, Québec, H4A 3J1

Téléphone: (514) 412-4496
Télécopieur: (514) 412-4136 Courriel: bdbci@muhc.mcgill.ca

Information du patient (en lettres moulés):

Date de naissance :		N° dossier HME :	
11/11/1911			
Nom de famille, Prénom Omnimed_test, Jacques			
Adresse	Ville, Province	Code Postal	
1 Rue Alpha La Ligne 2 Btown QC, A1A1A1			
N° de téléphone résidentiel		Autre n° de téléphone	
Cell. 819 111-3322		M : 819 111-2233	
Courriel jacques.omnimedtest@omnimed.com			
Langue			
Français <input type="checkbox"/>		Anglais <input type="checkbox"/>	
Autre : _____		Besoin d'interprète <input type="checkbox"/>	

Date de demande (aaaa/MM/jj) :

2020/08/06

Décrivez les raisons pour consultation :

Veuillez inclure toutes autres informations sur une autre page.

Cochez tout ce qui s'applique :

Inquiétudes développementales (0-5 ans seulement)

- 1- Cet enfant accuse un retard de motricité fine et/ou grossière
 2- L'enfant a un examen moteur anormal (spécifiez) :
 prévalence manuelle en bas âge spasticité
 faiblesse faiblesse avec hypotonie
 autre: _____
 3- L'enfant présente un retard de langage et/ou de la parole
 4- L'enfant a des difficultés marquées au niveau du comportement et des carences émotionnelles
 Préciser: _____
 5- L'enfant nécessite une évaluation du trouble du spectre de l'autisme (TSA) et/ou un TSA est soupçonné pour les raisons suivantes
 difficultés sociales importantes
 difficultés communicationnelles
 comportement/jeu atypique
 Nous avons informé les parents que la présence d'un TSA est soupçonnée.

Demande pour évaluation auditive seulement

- Les parents soupçonnent une perte auditive
 L'enfant a échoué un test de dépistage ou audiologique dans un autre centre. Précisez: _____
 L'enfant présente un facteur de risque de déficience auditive :
 Histoire familiale de surdité Anomalie cranio-faciales
 Médication ototoxique Toute condition médicale associée à une déficience auditive.
 Précisez: _____
 Méningite Autre: _____
 Complications néo-natales
 Histoire d'otites moyennes
 Évaluation des troubles de traitement auditif/traitement centrale a été recommandé

Indicateurs de risques

- L'enfant a été hospitalisé aux soins néonataux intensifs
 Cet enfant présente une microcéphalie/macrocéphalie
 L'enfant présente des dysmorphies
 L'enfant a eu des convulsions non-fébriles
 Avec le temps, cet enfant a perdu des habiletés développementales déjà acquises (i.e. : régression développementale)
 Une histoire familiale de déficience intellectuelle, d'autisme ou de paralysie cérébrale chez ses proches (1^{er} degré de parenté ou fratrie des parents)
 L'enfant accuse un retard sévère (ex : habiletés développementales et/ou fonctionnelles à un niveau moindre que le tiers de son âge chronologique)
 Autre : _____

Médecin requérant :

Nom du médecin (en lettres moulés) : Hubert-Deschamps Mikael No Permis: 4502324

Adresse : 160 rue Pope Cookshire J0B 1M0

N° de téléphone : 800 567-4808

N° de télécopieur : 888 780-6081

Consentement obtenu des parents du patient pour envoyer la demande

Signature :

TRAUMA

Emergency Department Discharge Instructions Following a Mild Traumatic Brain Injury (Concussion)

Date of injury: _____ Date seen in Emergency: _____

Jacques Omnimed test has been examined and can return home at this time. However, certain symptoms may appear within 72 hours following the injury. If any of the following develop, please return to the Emergency Department:

- Excessive drowsiness; if you find your child extremely sleepy or difficult to arouse
- Persistent vomiting
- One pupil becoming larger than the other
- Increasing headache
- Difficulty seeing, hearing, speaking, or walking
- Persistent irritability (especially in younger children)
- Seizure

If you have concerns after leaving the Emergency Department, do not hesitate to return.

Signs and symptoms of a mild traumatic brain injury (MTBI) usually last 2 to 3 weeks but can last longer.

Common symptoms include: headaches, dizziness, nausea, difficulty sleeping and fatigue.

Other symptoms include: behavioural changes (irritability, anxiety/stress), difficulty with memory, concentration and attention, sensitivity to light, sound and motion.

A period of physical and cognitive rest until symptoms have fully resolved is extremely important.

This reduces the likelihood of persistent symptoms.

In order to manage headaches, analgesics such as acetaminophen or ibuprofen can be taken **regularly** for 3-5 days as needed. **CHECK LABELS FOR DOSAGE INSTRUCTIONS AND WARNINGS.** If still needed after 3-5 days, **REDUCE** to no more than **3 doses per week**. If in doubt, consult your pediatrician, family doctor or CLSC.

Activity restrictions and recommendations during the recovery period:

- Inform school, teachers, and coaches of the MTBI sustained and the restrictions in place
- **No school for 2 days, then progress to half days and finally full days as tolerated**
- **No academic exams, tests, quizzes, projects or oral presentations until symptoms have resolved and then increase gradually as tolerated**
- No gym, sports or other strenuous activities (should not be in the same room during class)
- Do not attend sport practices as they may interfere with the resting period
- Do not attend music classes or music lessons
- Avoid activities such as computers, video games, texting, watching television and playing musical instruments as these activities may provoke headaches
- Supervised leisure swimming is permitted, but no diving or jumping into the water
- Adequate rest and breaks are encouraged
- Ensure supervision in the schoolyard to prevent re-injury
- Allow the student to bring a water bottle to class; dehydration may provoke headaches

Additional recommendations for adolescents:

- Avoid going to parties or movies in theatres as the excessive noise and light may provoke headaches
- Adolescents must avoid driving until symptoms have resolved
- Absolutely no alcohol or drugs

Other specific restrictions: _____

The child or adolescent must be completely symptom free at rest for one week prior to resuming physical activity. At that point, gradual return to physical activity over a few days is recommended. For additional information refer to the Mild Traumatic Brain Injury brochure or visit the MCH Trauma website at www.thechildren.com/trauma or contact MCH Trauma at 514-412-4400 extension 23310.

Emergency Department MD Signature: _____



Centre Universitaire de Santé McGill
McGill University Health Centre
Génétique Moléculaire / Molecular Genetics

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT POUR ANALYSE GÉNÉTIQUE MOLÉCULAIRE

Je soussigné(e), _____, consens par la présente à participer à une analyse pour _____, utilisant un test d'ADN. Je permets le prélèvement d'échantillons biologiques sur moi-même/ mon enfant mineur, _____, devant être utilisés pour une analyse d'ADN pour la maladie mentionnée ci-haut.

Je comprends que :

1. Les résultats de cette analyse seront révisés par le professionnel médical de l'Hôpital de Montréal pour enfants.
2. Il/elle m'a expliqué le test d'ADN et que son exactitude peut être moins de 100%.
3. Une erreur dans le diagnostic de l'état de la maladie peut se produire si le lien biologique réel des membres de la famille passant le test ne sont pas comme je l'ai indiqué. Par exemple, une non-paternité peut être détectée (c'est-à-dire, le nom du père mentionné d'une personne n'est pas le vrai père biologique).
4. Un diagnostic erroné chez un membre d'une famille peut aussi mener à un diagnostic inexact chez d'autres personnes parentes qui passent le test.
5. À cause de la complexité d'un test de base d'ADN et des implications importantes des résultats du test, les résultats me seront communiqués seulement par un médecin, un(e) conseiller(e) génétique, ou un professionnel certifié en génétique.
6. Les résultats du test sont pour mon utilité seulement, mais ces résultats peuvent être utilisés pour l'interprétation de résultats chez d'autres membres de ma famille sans que mon nom et identité ne soient mentionnés.
7. La participation à une analyse d'ADN est entièrement volontaire.

Cochez conformément

De plus, si une technologie nouvelle appropriée devenait disponible, je donne/ ne donne pas la permission pour que mon échantillon d'ADN / l'échantillon d'ADN de mon enfant soit utilisé dans le futur pour d'autres analyses pour la même condition ou d'autres conditions.

Je donne/ ne donne pas la permission pour que mon échantillon d'ADN / l'échantillon d'ADN de mon enfant soit anonymisé et utilisé comme échantillon de contrôle pour la même condition ou d'autres conditions.

Signature : _____

Date : _____

Témoin : _____

Date : _____

Déclaration du médecin/conseiller(e) : J'ai expliqué l'analyse d'ADN à cette personne. J'ai parlé de chacune des restrictions décrites plus haut et ai répondu aux questions de la personne.

Signature : _____

Date : _____



INFORMED CONSENT FOR MOLECULAR GENETICS TESTING

I, the undersigned, _____, hereby agree to participate in testing for _____, using a DNA-based test. I give permission to collect biological samples from myself / my minor child, _____, to be used for DNA testing for the disease listed above.

I understand that:

1. The results of this testing will be reviewed by the health care professional staff of the Montreal Children's Hospital.
2. DNA testing has been explained to me and I understand that the accuracy of the test may be less than 100%.
3. An error in the diagnosis of disease status may occur if the true biological relationships of the family members being tested are different from what I have stated. For example, non-paternity may be detected (that is, the stated father of an individual is not the true biological father).
4. Any erroneous diagnosis in a family member may also lead to an incorrect diagnosis for other related individuals who are being tested.
5. Because of the complexity of DNA-based testing and the important implications of the test results, results will be reported to me only through a physician, genetic counsellor, or certified genetics professional.
6. The test results are for my use only, but these results may also be used in the interpretation of results for other members of my family without my name and identity being mentioned.
7. Participation in DNA testing is completely voluntary.

Check as appropriate

In addition, should appropriate new technology become available, I give / do not give permission for my DNA sample / my child's DNA sample to be used in the future for further testing for the same condition or other conditions.

I give / do not give permission for my DNA sample / my child's DNA sample to be anonymised and used as a control sample for the same condition or other conditions.

Signature: _____

Date: _____

Witnessed by: _____

Date: _____

Physician's/Counsellor's Statement: I have explained DNA testing to this individual. I have addressed each of the limitations outlined above and have answered this person's questions.

Signature: _____

Date: _____

TRAUMATOLOGIE Département de l'urgence

Instructions à la suite d'un traumatisme crânio-cérébral léger (commotion cérébrale)

Date du traumatisme _____ Date de consultation à la salle d'urgence: _____

Jacques Omnimed test a été examiné et peut maintenant retourner à la maison. Toutefois, certains symptômes peuvent apparaître dans les 72 heures après le traumatisme. Veuillez retourner à l'urgence, si l'enfant présente l'un des symptômes suivants:

- Somnolence excessive; si vous trouvez votre enfant très endormi ou difficile à réveiller;
- Vomissements persistants;
- Dilatation importante d'une pupille;
- Mal de tête croissant;
- Difficulté à voir, à entendre, à parler ou à marcher;
- Irritabilité persistante (particulièrement chez les jeunes enfants);
- Convulsion.

Si vous avez des inquiétudes après avoir quitté l'urgence, n'hésitez pas à revenir.

Les signes et les symptômes d'un TCCL durent généralement de 2 à 3 semaines, mais peuvent persister plus longtemps.

Les symptômes communs sont: maux de tête; étourdissements; nausées; troubles du sommeil et la fatigue.

D'autres symptômes sont: changements d'humeur (irritabilité, anxiété/stress); problèmes de mémoire, de concentration et d'attention; sensibilité à la lumière, aux sons et aux mouvements.

Il est très important de prévoir une période de repos autant au niveau physique que cognitif tant que les symptômes ne sont pas résolus. Ceci réduit vraisemblablement le risque d'avoir des symptômes persistants.

Afin de gérer les maux de tête, les analgésiques, comme l'acétaminophène ou l'ibuprofène peuvent être pris **régulièrement** pendant 3-5 jours (si nécessaire). Lisez les étiquettes pour **LE DOSAGE ET AUTRES INSTRUCTIONS ET LES AVERTISSEMENTS**. Si après 3-5 jours c'est toujours nécessaire, **réduisez** à un maximum de **3 doses par semaine**. En cas de doute, consultez votre pédiatre ou allez au CLSC.

Les restrictions et les recommandations prescrites lors de la période de récupération:

- Informer la direction de l'école, les enseignants et les entraîneurs sportifs, du TCCL survenu ainsi que des restrictions qui s'y rattachent;
- **Pas d'école pour 2 jours, ensuite progresser à des demi-journées puis à des journées complètes selon la tolérance;**
- **Pas d'examen académiques, de test, de quiz, de projets ou de présentation orale jusqu'à la disparition des symptômes puis augmenter progressivement selon la tolérance;**
- Ne pas participer à l'éducation physique, aux sports et aux activités épuisantes, (ne pas rester dans les lieux de ces activités);
- Ne pas être présent en tant qu'observateur aux pratiques d'équipes sportives afin de maximiser les périodes de repos;
- Éviter les cours de musique;
- Éviter les activités telles que : les jeux vidéo, l'ordinateur, écrire des textos, la télévision, les instruments de musique; car ces activités peuvent provoquer des maux de tête;
- La baignade légère sous surveillance est permise, mais les plongeurs et les sauts dans l'eau ne le sont pas;
- Des périodes suffisantes de repos et de pause sont conseillées;
- S'assurer qu'il y ait une surveillance dans la cour d'école afin d'éviter une re-blessure;
- Permettre les élèves d'apporter une bouteille d'eau en classe, car la déshydratation peut provoquer des maux de têtes.

Recommandations supplémentaires pour les adolescents:

- Éviter les films aux cinémas et les fêtes, car la lumière et le son excessifs peuvent provoquer des maux de tête;
- Ne pas consommer de drogues ou d'alcool;
- Les adolescents ne doivent pas conduire tant que les symptômes ne se sont pas résorbés.

Autres restrictions spécifiques: _____

L'enfant ou l'adolescent ne devrait présenter aucun symptôme au repos pendant une semaine, après laquelle un retour graduel aux activités physiques pendant quelques jours sera permis. Pour de plus amples renseignements, veuillez vous référer à la brochure sur le traumatisme cranio-cérébral léger ou visitez le site Web au : www.hopitalpourenfants.com/trauma ou contactez Traumatologie au : 514-412-4400 poste 23310.

Signature MD Département d'urgence: _____



* Prescripteur / Prescriber	
<p>*Nom & Prénom / Last & First name: Hubert-Deschamps Mikael</p> <p>*No. Permis / Licence: 4502324</p> <p>*Clinique, bureau / Clinic, office: Omnimed</p> <p>*Adresse pour le retour des résultats /</p> <p>160 rue Pope Cookshire, Québec, J0B 1M0</p> <p>*No. téléphone :T:800 567-4808 F:888 780-6081</p> <p>*Signature: _____ *Date (AAYY/MM/JD): 2020/08/06</p> <p><i>*Diagnostic ou Renseignements Cliniques / Diagnosis or relevant information:</i></p>	<p>* Nom / last name: Omnimed_test</p> <p>* Prenom / first name: Jacques</p> <p>No. de dossier ou RAMQ / MRN or RAMQ: OMNJ11111111 (2701)</p> <p>Adresse / Address: 1 Rue Alpha La Ligne 2 Btown, QC, A1A1A1</p> <p>Cell. 819 111-3322 M : 819 111-2233</p> <p>* Date de naissance / Date of birth (AAYY/MM/JD): 1911/11/11</p> <p>* Sexe / Gender: M</p> <p style="text-align: center;">* Renseignements Obligatoire / *Mandatory Information</p>
* Date et heure du prélèvement / Date and time of collection	
<p>20 / / Heure / Time: _____</p>	
<p>Prélevé par / collected by: _____</p>	
<p><input type="checkbox"/> Selles - diarrhée parasitaire PCR ❖</p> <p>❖ Organismes détectés / Organisms detected: <i>Giardia spp., Cryptosporidium spp., E.histolytica, D.fragilis</i></p> <p>(specimen SANS fixateur, 4°C)</p>	<p>Stool - parasitic diarrhea PCR ❖</p> <p>(stool WITHOUT preservative, 4°C)</p>
<p><input type="checkbox"/> Selles microscopie - Immunosuppression</p> <p>(specimen AVEC fixateur SAF ET specimen SANS fixateur, 4°C)</p>	<p>Stool microscopy - Immunocompromised</p> <p>(specimen WITH SAF preservative AND stool WITHOUT preservative, 4°C)</p>
<p><input type="checkbox"/> Selles microscopie – Autre</p> <p>(specimen AVEC fixateur SAF)</p> <p>OBLIGATOIRE / REQUIRED for processing:</p> <p>↳ Spécifiez l'indication pour examen microscopique des selles: / Specify indication for stool microscopy:</p> <p><input type="radio"/> Dépistage immigrant/réfugié Immigrant/refugee screening</p> <p><input type="radio"/> Infection à helminthes suspectée Helminth suspected</p> <p><input type="radio"/> Infection à Cyclospora suspectée Cyclosporiasis suspected</p> <p><input type="radio"/> Recommandé par un microbiologiste Recommended by a microbiologist</p> <p>(NOM /NAME: _____)</p>	<p>Stool microscopy – Other</p> <p>(specimen WITH SAF preservative)</p>
<p>Toute autre demande pour analyse de selles par microscopie doit être justifiée ci-dessous et approuvée par un microbiologiste:</p> <p><u>All other requests for stool microscopy require justification below and approval from microbiologist:</u></p>	
<p><input type="checkbox"/> Selles-Strongyloides culture (SANS fixateur, NON-réfrigérée) / Stool-Strongyloides culture (WITHOUT preservative, NO refrigeration)</p> <p><input type="checkbox"/> Oxyure / Pinworm</p> <p><input type="checkbox"/> Schistosoma: Urine (10h00-15h00)</p> <p><input type="checkbox"/> Malaria (Sang 7 mL, tube lavande/ 7mL blood, lavender tube)</p> <p><input type="checkbox"/> Microfilaria (sang / blood)</p> <p><input type="checkbox"/> Microfilaria (peau /skin snips)</p> <p><input type="checkbox"/> Acanthamoeba (culture) - SPECIMEN & SITE: _____</p> <p><input type="checkbox"/> AUTRE ANALYSE/SPECIMEN: _____</p>	

SCABIES TREATMENT CHECKLIST

SUPPLIES

- Scabicide
- Disposable gloves
- Cleaning supplies
- Garbage bags

EQUIPMENT

- Vacuum cleaner (for carpeted houses)
- Mop

LAUNDRY

Use gloves while doing laundry. The bulk of laundry can be done before or after treatment; however, there is probably slightly less risk of contamination/reinfection if it's done after treatment.

- Launder all clothing/items used in the past 5 days.
- Don't forget to launder dishtowels.

Laundry required for use during and after treatment:

- Clean bedding/bed clothes (used while scabicide is on the body)
- Pillows should be machine dried for 20 min.
- Towel(s)
- Clean clothes for after treatment (used after scabicide is removed by bathing)

ISOLATION

Isolate for 5-10* days into garbage bags: non-washable clothing/items used or touched in the past week, this includes:

- Jackets
- Sweaters
- Scarves
- Shoes
- Stuffed toys
- Blankets/Duvets

Store these items at room temperature or higher. Alternatively, these items may be:

- Dry cleaned
- Put in the freezer for 12 hours
- Machine dried on high heat for 20 minutes

Isolate for 5-10 days into garbage bags:

- Unused clean clothes that are not essential for the next week.

If clothes have not been handled for the previous five days, and are in closet or drawer which will not be used for 5-10 days, then they may be left where they are.

Isolate 2 weeks:

- Creams, ointments, lotions and cosmetics

CLEANING

- Clean bathroom, before and after treatment.
- Vacuum upholstered chairs.
- Vacuum or mop floors.

*ABOUT ISOLATION

Five days of isolation is sufficient to kill scabies, but in 7-10 days you will know if your treatment with scabicide has been effective. If your treatment fails, already having your clothes isolated will minimize the effort involved in re-treating.

TREATMENT

The following items refer to a 5% permethrin¹ cream.

- Treat at night
- Shower or bathe before treatment
- Allow time for skin to cool
- Clip fingernails and toenails
- Apply lotion to entire body from the neck down
- In tropical climates apply to the head (avoid the eyes and mouth)
- In moist climates, apply on and around ears
- Use treatment liberally – do not stint
- Pay special attention to skin folds (e.g. elbows and wrists)
- Massage into thick calloused skin
- Apply under fingernails – use a soft brush. (an old toothbrush) if you have long nails
- Leave on for 12-18 hours

AFTER TREATMENT

- Wear clean clothes after shower
- Note treatment date
- Assess symptoms 7 days after treatment

Note: these instructions do not constitute medical advice. Follow instruction supplied with scabicide or consult physician before using.

¹ Permethrin is not suitable for children under the age of 2. Nursing mothers/pregnant women, consult physician before use.



99909910

Jacques Omnimed_test

OMNJ11111111 (2701) Sexe : M

DDN : 11-11-1911

Médecine familiale - Médecine d'urgence

Date : 20/06/2020

Médecin référent : _____

Liste des médicaments	Allergies

Signature : _____

99909910

Jacques Omnimed_test

OMNJ11111111 (2701) Sexe : M

DDN : 11-11-1911



VISITE À DOMICILE

Date : 20/06/2020

Médecin référent : _____

Liste des médicaments	Allergies

Signature : _____

99909910

Jacques Omnimed_test

OMNJ11111111 (2701) Sexe : M

DDN : 11-11-1911



Médecine spécialisée - Médecine interne

Date : 20/06/2020

Médecin référent : _____

Liste des médicaments	Allergies

Signature : _____



99909910

Jacques Omnimed_test

OMNJ11111111 (2701) Sexe : M

DDN : 11-11-1911

Psychiatrie

Date : 20/06/2020

Médecin référent : _____

Liste des médicaments	Allergies

Signature : _____

Omnimed

160 rue Pope, Cookshire, Québec, J0B 1M0

Hubert-Deschamps Mikael (4502324)



99909910

Jacques Omnimed_test

OMNJ11111111 (2701) Sexe : M

DDN : 11-11-1911

Médecine familiale - Hébergement temporaire

Date : 06/08/2020

Médecin référent : _____

Lined area for notes, consisting of 20 horizontal lines.

Signature : _____

Omnimed

160 rue Pope, Cookshire, Québec, J0B 1M0

HUBERT-DESCHAMPS MIKAEL (4502324)



99909910

Jacques Omnimed_test

OMNJ11111111 (2701) Sexe : M

DDN : 11-11-1911

Médecine familiale - Médecine d'urgence

Date : 20/06/2020

Médecin référent : _____

Lined area for medical notes with 21 horizontal lines.

Signature : _____

Omnimed

160 rue Pope, Cookshire, Québec, J0B 1M0

HUBERT-DESCHAMPS MIKAEL (4502324)



99909910

Jacques Omnimed_test

OMNJ11111111 (2701) Sexe : M

DDN : 11-11-1911

NOTES DE CONSULTATION

Date : 20/06/2020

Médecin référent : _____

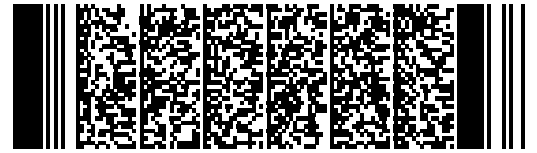
Multiple horizontal lines for writing notes.

Signature : _____

Omnimed

160 rue Pope, Cookshire, Québec, J0B 1M0

HUBERT-DESCHAMPS MIKAEL (4502324)



99909910

Jacques Omnimed_test

OMNJ11111111 (2701) Sexe : M

DDN : 11-11-1911

Médecine spécialisée - Hématologie/oncologie

Date : 20/06/2020

Médecin référent : _____

Multiple horizontal lines for text entry.

Signature : _____

Omnimed

160 rue Pope, Cookshire, Québec, J0B 1M0

HUBERT-DESCHAMPS MIKAEL (4502324)



99909910

Jacques Omnimed_test

OMNJ11111111 (2701) Sexe : M

DDN : 11-11-1911

NOTES DE CONSULTATION

Date : 20/06/2020

Médecin référent : _____

Lined area for consultation notes, consisting of 20 horizontal lines.

Signature : _____

Omnimed

160 rue Pope, Cookshire, Québec, J0B 1M0

HUBERT-DESCHAMPS MIKAEL (4502324)

99909910

Jacques Omnimed_test

OMNJ11111111 (2701) Sexe : M

DDN : 11-11-1911



NOTES DE CONSULTATION

Date : 20/06/2020

Médecin référent :

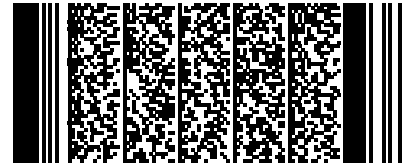
Lined area for consultation notes.

Signature :

Omnimed

160 rue Pope, Cookshire, Québec, J0B 1M0

Hubert-Deschamps Mikael (4502324)



99909910

Jacques Omnimed_test

OMNJ11111111 (2701) Sexe : M

DDN : 11-11-1911

Outils cliniques et monitoring - MAPA

Date : 06/08/2020

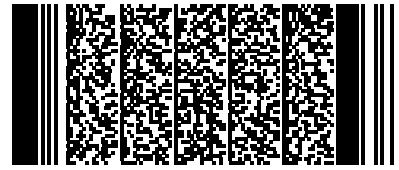
Médecin référent :

Signature :

Omnimed

160 rue Pope, Cookshire, Québec, J0B 1M0

HUBERT-DESCHAMPS MIKAEL (4502324)



99909910

Jacques Omnimed_test

OMNJ11111111 (2701) Sexe : M

DDN : 11-11-1911

NOTES DE CONSULTATION

Date : 20/06/2020

Médecin référent : _____

Signature : _____

Omnimed

160 rue Pope, Cookshire, Québec, J0B 1M0

HUBERT-DESCHAMPS MIKAEL (4502324)

99909910

Jacques Omnimed_test

OMNJ11111111 (2701) Sexe : M

DDN : 11-11-1911



Médecine spécialisée - Neurologie

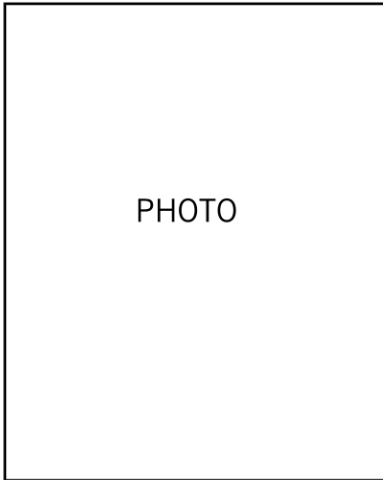
Date : 20/06/2020

Médecin référent : _____

Signature : _____

Anaphylaxis Emergency Plan: Jacques Omnimed_test (name)

This person has a potentially life-threatening allergy (anaphylaxis) to:



(Check the appropriate boxes.)

Food(s): _____

Insect stings

Other: _____

Epinephrine Auto-Injector: Expiry Date: _____ / _____

Dosage:

EpiPen® Jr. 0.15 mg EpiPen® 0.30 mg

Location of Auto-Injector(s): _____

Previous anaphylactic reaction: Person is at greater risk.

Asthmatic: Person is at greater risk. If person is having a reaction and has difficulty breathing, give epinephrine auto-injector before asthma medication.

A person having an anaphylactic reaction might have ANY of these signs and symptoms:

- **Skin system:** hives, swelling (face, lips, tongue), itching, warmth, redness
- **Respiratory system (breathing):** coughing, wheezing, shortness of breath, chest pain or tightness, throat tightness, hoarse voice, nasal congestion or hay fever-like symptoms (runny, itchy nose and watery eyes, sneezing), trouble swallowing
- **Gastrointestinal system (stomach):** nausea, pain or cramps, vomiting, diarrhea
- **Cardiovascular system (heart):** paler than normal skin colour/blue colour, weak pulse, passing out, dizziness or lightheadedness, shock
- **Other:** anxiety, sense of doom (the feeling that something bad is about to happen), headache, uterine cramps, metallic taste

Early recognition of symptoms and immediate treatment could save a person's life.

Act quickly. The first signs of a reaction can be mild, but symptoms can get worse very quickly.

1. **Give epinephrine auto-injector** (e.g. EpiPen®) at the first sign of a known or suspected anaphylactic reaction. (See attached instruction sheet.)
2. **Call 9-1-1** or local emergency medical services. Tell them someone is having a life-threatening allergic reaction.
3. **Give a second dose of epinephrine** as early as 5 minutes after the first dose if there is no improvement in symptoms.
4. **Go to the nearest hospital immediately (ideally by ambulance)**, even if symptoms are mild or have stopped. The reaction could worsen or come back, even after proper treatment. Stay in the hospital for an appropriate period of observation as decided by the emergency department physician (generally about 4-6 hours).
5. **Call emergency contact person (e.g. parent, guardian).**

Emergency Contact Information

Name	Relationship	Home Phone	Work Phone	Cell Phone

The undersigned patient, parent, or guardian authorizes any adult to administer epinephrine to the above-named person in the event of an anaphylactic reaction, as described above. This protocol has been recommended by the patient's physician.

Patient/Parent/Guardian Signature

Date

Physician Signature On file

06-08-2020

Date

Blue to the sky. Orange to the thigh.

How to use EpiPen® and EpiPen® Jr (epinephrine) Auto-injectors.

Remove the EpiPen® Auto-Injector from the carrier tube and follow these 2 simple steps:



- Hold firmly with orange tip pointing downward.
- Remove blue safety cap by pulling straight up. Do not bend or twist.



- Swing and push orange tip firmly into mid-outer thigh until you hear a 'click'.
- Hold on thigh for several seconds.



Built-in needle protection

- After injection, the orange cover automatically extends to ensure the needle is never exposed.



After using EpiPen®, you must seek immediate medical attention or go to the emergency room. For the next 48 hours, you must stay close to a healthcare facility or be able to call 911.

For more information visit the consumer site EpiPen.ca.

EpiPen® and EpiPen® Jr (epinephrine) Auto-Injectors are indicated for the emergency treatment of anaphylactic reactions in patients who are determined to be at increased risk for anaphylaxis, including individuals with a history of anaphylactic reactions. Selection of the appropriate dosage strength is determined according to patient body weight.

EpiPen® and EpiPen® Jr Auto-Injectors are designed as emergency supportive therapy only. They are not a replacement for subsequent medical or hospital care. After administration, patients should seek medical attention immediately or go to the emergency room. For the next 48 hours, patients must stay within close proximity to a healthcare facility or where they can call 911. To ensure this product is right for you, always read and follow the label. Please consult the Consumer Information leaflet in your product package for complete dosage and administration instructions.

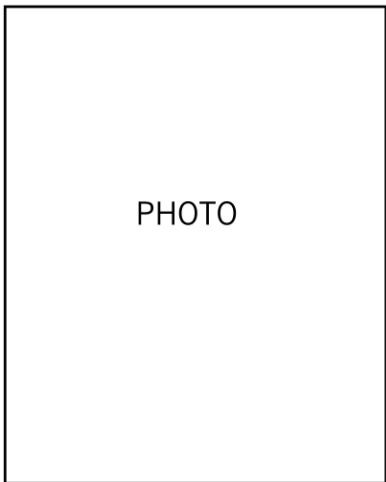


© 2015 Pfizer Canada Inc., Kirkland, Quebec H9J 2M5 • Toll free: 1-877-EPIPEN1 (1-877-374-7361)
EpiPen®, EpiPen® Jr are registered trademarks of Mylan, Inc. licensed exclusively to its wholly-owned affiliate,
Mylan Specialty, L.P.; sub-licensee, Pfizer Canada Inc., Kirkland, Quebec H9J 2M5
D000050559



Trusted for over 25 years.

Cette personne présente une allergie grave (ou anaphylaxie) pouvant être fatale aux allergènes suivants :



(Cochez les cases appropriées.)

Aliment (s) : _____

Piqûres d'insectes

Autre : _____

Auto-injecteur d'épinéphrine : date d'expiration : _____ / _____

Dosage :

EpiPen^{MD} Jr. 0,15 mg EpiPen^{MD} 0,30 mg

Où trouver les auto-injecteurs : _____

Antécédents de réactions anaphylactiques : La personne présente un risque plus élevé.

Asthme : La personne présente un risque plus élevé. Si, lors d'une réaction, elle éprouve de la difficulté à respirer, lui administrer de l'épinéphrine avant de lui faire prendre ses médicaments contre l'asthme.

Quiconque fait une réaction anaphylactique peut présenter N'IMPORTE LEQUEL des signes et symptômes suivants :

- **Système cutané (peau) :** urticaire, enflure (visage, lèvres, langue), démangeaisons, sensation de chaleur, rougeur
- **Système respiratoire (poumons) :** toux, respiration sifflante (silement), essoufflement, douleur ou serrement à la poitrine, serrement de la gorge, voix rauque, congestion nasale ou symptômes de type « rhume des foins » (nez qui coule ou qui pique, larmolement, éternuements), difficulté à avaler
- **Système gastro-intestinal (ventre) :** nausée, douleurs ou crampes, vomissements, diarrhée
- **Système cardiovasculaire (cœur) :** peau plus pâle que la normale ou bleutée, faible pouls, perte de connaissance, étourdissements ou vertiges, état de choc
- **Autres symptômes :** anxiété, sentiment de danger imminent, maux de tête, crampes utérines, goût métallique dans la bouche

La détection précoce des symptômes et le traitement immédiat pourraient sauver une vie.

Intervenez rapidement. Les premiers signes d'une réaction peuvent sembler légers, mais les symptômes peuvent progresser très rapidement.

1. **Administrez l'épinéphrine avec l'auto-injecteur** (EpiPen^{MD}) au premier signe d'une réaction déclarée ou soupçonnée. (Voir les instructions ci-jointes.)
2. **Appelez le 9-1-1** ou les services médicaux d'urgence locaux. Dites que quelqu'un fait une réaction anaphylactique pouvant mettre sa vie en danger.
3. **Administrez une deuxième dose d'épinéphrine** aussi rapidement que 5 minutes après l'injection de la première dose si les symptômes ne s'améliorent pas.
4. **Rendez-vous à l'hôpital le plus proche (idéalement par ambulance)**, même si les symptômes sont légers ou se sont atténués. La réaction pourrait s'aggraver ou réapparaître même après un traitement approprié. La personne doit demeurer en observation à l'hôpital pendant une période suffisante, soit généralement de 4 à 6 heures, selon l'évaluation du médecin de l'urgence.
5. **Communiquez avec une personne à aviser en cas d'urgence (parent, tuteur ou autre).**

Personnes à aviser en cas d'urgence

Nom	Lien avec la personne	Téléphone à la maison	Téléphone au travail	Téléphone cellulaire

Le soussigné, patient, parent ou tuteur, autorise un adulte à administrer de l'épinéphrine à la personne susnommée dans le cas d'une réaction anaphylactique telle que définie précédemment. Ce protocole est recommandé par le médecin traitant. 06-08-2020

Signature du patient, du parent ou du tuteur

Date

Signature du médecin Au dossier

Date

Bleu vers le plafond. Orange pour l'injection.

Mode d'emploi des auto-injecteurs EpiPen^{MD} et EpiPen^{MD} Jr (épinéphrine).

Retirez l'auto-injecteur EpiPen^{MD} de son tube de rangement et suivez les deux étapes faciles suivantes :



- Tenez l'auto-injecteur fermement, le bout orange pointant vers le bas.
- **Enlevez le bouchon de sécurité bleu en le tirant tout droit. Ne le pliez pas et ne le tordez pas.**



- **Avec un mouvement de balancement, pousser fermement le bout orange dans le côté extérieur de la cuisse jusqu'à ce qu'un « clic » se fasse entendre.**
- Retenez l'auto-injecteur sur la cuisse pendant plusieurs secondes.



Couvre-aiguille intégré

- Le couvre-aiguille orange s'étend automatiquement après l'injection pour couvrir l'aiguille et assurer que celle-ci n'est jamais exposée.



Après l'administration d'EpiPen^{MD}, vous devez consulter un médecin immédiatement ou vous rendre à l'urgence. Durant les 48 heures suivantes, vous devez demeurer à proximité d'un établissement de santé ou à un endroit d'où vous pourrez au besoin composer le 911.

Pour obtenir un supplément d'information, visitez le site pour les consommateurs EpiPen.ca.

Les auto-injecteurs EpiPen^{MD} et EpiPen^{MD} Jr (épinéphrine) sont indiqués pour le traitement d'urgence des réactions anaphylactiques chez les patients qui présentent des risques accrus d'anaphylaxie, incluant les personnes ayant des antécédents en matière de réactions anaphylactiques. Le choix de la concentration appropriée est déterminé en fonction du poids du patient.

Les auto-injecteurs EpiPen^{MD} et EpiPen^{MD} Jr sont conçus comme un traitement de soutien d'urgence uniquement et non comme un remplacement de soins médicaux ou hospitaliers consécutifs. Les patients doivent consulter un médecin ou se rendre à la salle d'urgence immédiatement après avoir utilisé EpiPen^{MD} ou EpiPen^{MD} Jr et demeurer à proximité d'un hôpital ou d'un endroit où ils peuvent facilement appeler le 911 pendant les 48 heures suivantes. Afin de vous assurer que ce produit répond à vos besoins, veuillez toujours lire et suivre les instructions de la notice d'accompagnement du produit et consulter le feuillet de renseignements pour le consommateur contenu dans l'emballage pour de l'information complète sur la posologie et l'administration.



© 2015 Pfizer Canada inc., Kirkland (Québec) H9J 2M5 • Numéro sans frais : 1-877-EPIPEN1 (1-877-374-7361)
EpiPen^{MD} et EpiPen^{MD} Jr sont des marques déposées de Mylan Inc. dont la licence exclusive a été accordée à Mylan Specialty, L.P., société affiliée détenue en propriété exclusive; sous-titulaire, Pfizer Canada inc., Kirkland (Québec) H9J 2M5
D000050560



Éprouvé depuis plus de 25 ans.

PRIOR APPROVAL

 POST APPROVAL

PROTECTED "B" (WHEN COMPLETED)

1. CLIENT INFORMATION						
Name <u>Omnimed_test, Jacques</u>						
Client ID Number	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Date of Birth				<u>11</u>	<u>11</u>	<u>1911</u>
				Day	Month	Year
2. PROVIDER INFORMATION						
Specialty (if applicable) _____						
Name of Referring Prescriber (if you are a specialist) _____						
Name <u>Mikael, Hubert-Deschamps</u>			Provider Number _____			
Address <u>160 rue Pope</u>						
City <u>Cookshire</u>		Province <u>Québec</u>		Postal Code <u>A1A1A1</u>		
Telephone Number <u>800 567-4808</u>			Fax Number <u>888 780-6081</u>			
3. CLAIM INFORMATION						
Invoice Number (from your own office)	Date of Service (D / M / Y)	Fee Code	Units of Time	ICD 9, ICD 10 Code, or Medical Diagnosis	P *	Amount Claimed
* P - Enter Prescriber Designation (i.e. MD)						TOTALS: <input type="text"/>
<p>The IFHP does not cover the cost of health care services or products that a person may claim (even in part) under a public or private health insurance plan. The IFHP does not coordinate benefits with other insurance plans or programs therefore, co-payments are not possible.</p>						
4. ADDITIONAL INFORMATION FOR PRIOR/POST APPROVAL						
Provide clinical details/justification and/or attach supporting documentation.						
5. CERTIFICATION						
I hereby certify that the above services have been rendered, that the claim was made in accordance with the terms and conditions of the IFHP and that any information relating to these services as well as copies and supporting documentation of this information, may be obtained by Medavie Blue Cross.						
Provider's Original Signature/Stamp _____					Date _____	
I certify that the information above is accurate and the services described above have been received.						
Client's Signature _____					Date _____	
<p>The purpose for the collection of personal information by Medavie Blue Cross will be solely for the administration of IFHP services and benefits. Medavie Blue Cross will comply with the requirements of the Personal Information Protection and Electronic Documents Act and the Privacy Act when collecting, using and disclosing personal information. Personal information will not be disclosed to third parties except as authorized by law.</p>						

IMPORTANT: This claim form must be completed in full or the claim may be rejected. A copy of this form must be kept on file for audit purposes.

APPROBATION PRÉALABLE

APPROBATION POSTÉRIEURE

PROTÉGÉ « B » (UNE FOIS REMPLI)

1. INFORMATION DU CLIENT						
Nom <u>Omnimed test, Jacques</u>						
Numéro d'ID du client <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>				Date de naissance <u>11 / 11 / 1911</u>		
				Jour	Mois	Année
2. INFORMATION DU FOURNISSEUR						
Spécialité (s'il y a lieu) _____						
Nom du médecin ayant fait la recommandation (si vous êtes un spécialiste) _____						
Nom <u>Mikael, Hubert-Deschamps</u>				Numéro du fournisseur _____		
Adresse <u>160 rue Pope</u>						
Ville <u>Cookshire</u>		Province <u>Québec</u>		Code postal <u>A1A1A1</u>		
Numéro de téléphone <u>800 567-4808</u>			Numéro de télécopieur <u>888 780-6081</u>			
3. RENSEIGNEMENTS						
Numéro de facture (établie par votre bureau)	Date de service (J / M / A)	Code d'honoraires	Unités de temps	ICode CIM 9, CIM 10, ou Diagnostic médical	P *	Montant demandé
* P - Entrer la désignation du prescripteur (p. ex. : M)					TOTAUX : <input style="width: 100px;" type="text"/>	
<p>Le PFSI ne couvre pas le coût des services ou produits de soins de santé pour lesquels une personne peut être remboursée (même en partie) en vertu d'un régime d'assurance maladie public ou privé. Le PFSI ne coordonne pas les prestations avec d'autres programmes/ régimes d'assurance donc les quotes-parts ne sont pas possibles.</p>						
4. RENSEIGNEMENTS SUPPLÉMENTAIRES POUR APPROBATION PRÉALABLE ET POSTÉRIEURE						
Fournir les détails cliniques ou la justification, ou joindre les documents à l'appui.						
5. CERTIFICATION						
J'atteste par la présente que les services ci-dessus ont été rendus, que la demande de règlement est conforme aux modalités du PFSI et que les renseignements relatifs à ces services ainsi que les photocopies et la documentation associées à ces derniers peuvent être obtenus par Croix Bleue Medavie.						
Signature originale/tampon du fournisseur _____				Date _____		
J'atteste par la présente que l'information ci-dessus est exacte et que les services décrits ci-haut ont été reçus.						
Signature du client _____				Date _____		
<p>La collecte de renseignements personnels par Croix Bleue Medavie servira uniquement à l'administration des services et produits assurés aux termes du PFSI. Croix Bleue Medavie se conformera aux exigences de la Loi sur la protection des renseignements personnels et les documents électroniques et de la Loi sur la protection des renseignements personnels dans la collecte, l'utilisation et la divulgation des renseignements personnels. Les renseignements personnels ne seront pas divulgués à des tiers parties à moins qu'il en soit autorisé par la loi.</p>						

IMPORTANT : Ce formulaire doit être dûment rempli, sinon la demande pourrait être rejetée. Une copie de celle-ci doit être versée au dossier aux fins de vérification.



PROMEDIC

www.groupepromedic.ca | Tél.: 1 888 915ANTE

REQUÊTE

Cette requête peut être utilisée dans le réseau public.

PATIENT

Omnimed_test	Jacques	M
Nom	Prénom	M/F
1 Rue Alpha La Ligne 2	App.	
Adresse	QC	A1A1A1
Btown	Province	Code postal
819 111-2233	819 111-3322 Ext:	
Ville	819 111-2233	
Tél.: (rés.)	Cell.:	
OMNJ11111111 (2701)	11-11-1911	
Numéro assurance maladie	Date de naissance	

REQUÉRANT

Hubert-Deschamps Mikael	4502324
Omnimed	
160 rue Pope	
Cookshire, Québec, J0B 1M0	
T: 800 567-4808	F: 888 780-6081
Signature	06-08-2020
	Date de la prescription

PROFILS

<input type="checkbox"/> PROFIL GÉNÉRAL #1 (Glucose, Créatinine, Calcium, Urée, CK, Protéines totales, LDH, Amylase, AST + ALT, GGT, Acide urique, Bilirubine totale, Globuline, Cholestérol, Triglycérides, Cholestérol HDL & LDL, Électrolytes (Na, K, Cl), Phosphatase alcaline, Albumine, Phosphore, Fer total, Analyse d'urine, FSC) Patient à jeun 12 heures	<input type="checkbox"/> PROFIL THYROIDIEN (TSH & T4 Libre) Options: <input type="checkbox"/> T3 Libre <input type="checkbox"/> Ac. Antithyroïdiens	<input type="checkbox"/> PROFIL PRÉNATAL (FSC, Groupe Sanguin + Rh, VDRL, Rubéole, Recherche d'Anticorps (Coombs indirect), Analyse et Culture d'urine) <input type="checkbox"/> VIH <input type="checkbox"/> Parvovirus IgG <input type="checkbox"/> Parvovirus IgM <input type="checkbox"/> Chlamydia par PCR (tige/urine) <input type="checkbox"/> Glucose 2 heures PC50 Patiente à jeun 8 heures
<input type="checkbox"/> PROFIL GÉNÉRAL #2 (Glucose, Cholestérol, Triglycérides, Cholestérol HDL & LDL, AST + ALT, Analyse d'urine, Créatinine, FSC) Patient à jeun 12 heures	<input type="checkbox"/> PROFIL HÉPATIQUE (Phosphatase alcaline, AST + ALT, GGT, Bilirubine totale)	<input type="checkbox"/> PROFIL ARTHRITIQUE (FSC, Acide urique, Albumine, Protéines totales, Globuline, Facteur RA, Protéine C-Réactive)
<input type="checkbox"/> PROFIL GÉNÉRAL #3 (FSC, Glucose AC, Urée, Créat, Électrolytes, Enzyme hépatique, Bilan lipidique, Analyse d'urine, Amylase, Lipase, TSH) Patient à jeun 12 heures	<input type="checkbox"/> DÉPISTAGE DU CANCER DE LA VESSIE ET DE L'URETÈRE (Cytologie urinaire & u-Cyt+ (immunohistofluorescence))	<input type="checkbox"/> PROFIL I.T.S.S. (Chlamydia & Gonorrhée par PCR(tige/urine), VDRL, VIH, HbsAg) Options: <input type="checkbox"/> Herpès IgM sérum <input type="checkbox"/> Herpès Types 1 & 2 IgG <input type="checkbox"/> Culture vaginale
<input type="checkbox"/> PROFIL GÉNÉRAL #4 (FSC, Glucose AC, Urée, Créat, Électrolytes, Enzyme hépatique, Bilan lipidique, Analyse d'urine, Amylase, Lipase, Fit test, TSH) Patient à jeun 12 heures	<input type="checkbox"/> PROFIL HORMONAL FEMME (FSH, LH, Estradiole) Options: <input type="checkbox"/> Prolactine <input type="checkbox"/> Progesterone <input type="checkbox"/> Testostérone totale <input type="checkbox"/> Testostérone libre	<input type="checkbox"/> PROFIL ANÉMIE (FSC, Réticulocytes, Ferritine, Fer total & % Saturation, Vitamine B12, Acide folique)
<input type="checkbox"/> PROFIL LIPIDIQUE (Cholestérol, Triglycérides, Cholestérol HDL & LDL) Patient à jeun 12 heures	<input type="checkbox"/> PROFIL HORMONAL HOMME (Testostérone totale, Testostérone libre, Testostérone biodisponible) Options: <input type="checkbox"/> Prolactine <input type="checkbox"/> Estradiole <input type="checkbox"/> FSH & LH <input type="checkbox"/> PSA Totale	<input type="checkbox"/> PROFIL 5 DROGUES (Cannabis, Cocaïne, PCP, Opiacés, Amphétamines)

HÉMATOLOGIE

<input type="checkbox"/> ANA	<input type="checkbox"/> INR (PT)
<input type="checkbox"/> Anti-ADN	<input type="checkbox"/> PTT
<input type="checkbox"/> Anti-ENA	<input type="checkbox"/> Sédimentation
<input type="checkbox"/> FSC	<input type="checkbox"/> Réticulocytes
<input type="checkbox"/> Groupe Sanguin & Rh	

ENDOCRINOLOGIE

<input type="checkbox"/> Acide folique	<input type="checkbox"/> Ferritinine	<input type="checkbox"/> Testostérone
<input type="checkbox"/> Beta HCG quantitatif	<input type="checkbox"/> PSA Totale	<input type="checkbox"/> Totale
<input type="checkbox"/> Sang <input type="checkbox"/> Urine	<input type="checkbox"/> PSA Libre	<input type="checkbox"/> Libre
<input type="checkbox"/> Beta HCG quantitatif	<input type="checkbox"/> TSH	<input type="checkbox"/> Biodisponible
<input type="checkbox"/> CEA	<input type="checkbox"/> T4 Libre	<input type="checkbox"/> Vitamine B12
<input type="checkbox"/> Cortisol <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> T3 Libre	

MICROBIOLOGIE

<input type="checkbox"/> Clostridium difficile
<input type="checkbox"/> Culture gorge
<input type="checkbox"/> Culture herpès
<input type="checkbox"/> Culture selles
<input type="checkbox"/> Culture urine
<input type="checkbox"/> Culture vaginale
<input type="checkbox"/> Oeuf et parasites
<input type="checkbox"/> Strep Groupe A (rapide)
<input type="checkbox"/> Autres: _____

URINE

<input type="checkbox"/> Analyse d'urine
<input type="checkbox"/> Clairance de la créatinine
<input type="checkbox"/> Microalbuminurie (collecte)
<input type="checkbox"/> Microalbuminurie (miction)
<input type="checkbox"/> Test de grossesse (urine)

SELLES

<input type="checkbox"/> Recherche de sang dans les selles x 3
<input type="checkbox"/> Recherche de sang dans les selles: Fit test

BIOCHIMIE

<input type="checkbox"/> ALT	<input type="checkbox"/> CK	<input type="checkbox"/> Lipase
<input type="checkbox"/> AST	<input type="checkbox"/> Créatinine	<input type="checkbox"/> Magnésium
<input type="checkbox"/> Amylase	<input type="checkbox"/> Électrolytes (Na, K, Cl)	<input type="checkbox"/> Phosphore
<input type="checkbox"/> Analyse d'urine + microscopie	<input type="checkbox"/> Fer total & saturation	<input type="checkbox"/> Protéine C-Réactive
<input type="checkbox"/> Bilirubine totale	<input type="checkbox"/> Glucose	<input type="checkbox"/> Urée
<input type="checkbox"/> Bilirubine conjuguée	<input type="checkbox"/> Hyperglycémie prov.	
<input type="checkbox"/> Bilirubine totale & directe	<input type="checkbox"/> 2 h <input type="checkbox"/> 3 h	
<input type="checkbox"/> Calcium	<input type="checkbox"/> Hb glyquée	

SÉROLOGIE

<input type="checkbox"/> Chlamydia par PCR (tige/urine)	<input type="checkbox"/> Hélicobacter pylori	CYTOLOGIE
<input type="checkbox"/> Facteur Rhumatoïde (RA Test)	<input type="checkbox"/> Monotest	<input type="checkbox"/> Cytologie urinaire
<input type="checkbox"/> Gonorrhée par PCR (tige/urine)	<input type="checkbox"/> Parvovirus IgG	
<input type="checkbox"/> HAV-Totale (A)	<input type="checkbox"/> Parvovirus IgM	TEST PAP
<input type="checkbox"/> HAV-IgM (A)	<input type="checkbox"/> Rubéole IgG	<input type="checkbox"/> Test Pap ThinPrep
<input type="checkbox"/> HBSAb (B)	<input type="checkbox"/> VDRL	
<input type="checkbox"/> HBSAg (B)	<input type="checkbox"/> VIH	
<input type="checkbox"/> HCV (C)		

AUTRES ANALYSES

<input type="checkbox"/> ECG sans interprétation
<input type="checkbox"/> ECG avec interprétation
<input type="checkbox"/> MAPA

AUTRES _____

Aucun alcool 48 heures avant le rendez-vous.

M-CHAT: Version française

Remplissez les questions en fonction du comportement habituel de votre enfant. Si le comportement se manifeste de façon irrégulière (par exemple si vous ne l'avez vu qu'une seule fois ou deux), ignorez-le dans vos réponses.

- | | | |
|--|-----|-----|
| 1. Votre enfant aime t-il être balancé sur vos genoux? | Oui | Non |
| 2. Votre enfant s'intéresse t-il à d'autres enfants? | Oui | Non |
| 3. Votre enfant aime t-il monter sur des meubles ou des escaliers? | Oui | Non |
| 4. Votre enfant aime t-il jouer aux jeux de cache-cache ou 'coucou me voilà'? | Oui | Non |
| 5. Votre enfant joue t-il a des jeux de faire semblant, par exemple, fait-il semblant de parler au téléphone ou joue t-il avec des peluches ou des poupées ou à d'autres jeux? | Oui | Non |
| 6. Votre enfant utilise t-il son index pour pointer en demandant quelque chose? | Oui | Non |
| 7. Votre enfant utilise t-il son index en pointant pour vous montrer des choses qui l'intéressent? | Oui | Non |
| 8. Votre enfant joue t-il correctement avec de petits jouets (des voitures, des cubes) sans les porter à la bouche, tripoter ou les faire tomber? | Oui | Non |
| 9. Votre enfant amène t-il de objets pour vous les montrer? | Oui | Non |
| 10. Votre enfant regarde t-il dans vos yeux plus d'une seconde ou deux? | Oui | Non |
| 11. Arrive t-il que votre enfant semble excessivement sensible à des bruits? (jusqu'à se boucher les oreilles) | Oui | Non |
| 12. Votre enfant vous sourit-il en réponse à votre sourire? | Oui | Non |
| 13. Votre enfant vous imite t-il? (par exemple, si vous faites une grimace, le ferait-il en imitation?) | Oui | Non |
| 14. Votre enfant répond-il à son nom quand vous l'appellez? | Oui | Non |
| 15. Si vous pointez vers un jouet de l'autre côté de la pièce, votre enfant suivra t-il des yeux? | Oui | Non |
| 16. Votre enfant marche t-il sans aide? | Oui | Non |
| 17. Votre enfant regarde t-il des objets que vous regardez? | Oui | Non |
| 18. Votre enfant fait-il des gestes inhabituels avec ses mains près du visage? | Oui | Non |
| 19. Votre enfant essaie t-il d'attirer votre attention vers son activité? | Oui | Non |
| 20. Vous êtes vous demandé si votre enfant était sourd? | Oui | Non |
| 21. Votre enfant comprend-il ce que les gens disent? | Oui | Non |
| 22. Arrive t-il que votre enfant regarde dans le vide ou qu'il se promène sans but? | Oui | Non |
| 23. Votre enfant regarde t-il votre visage pour vérifier votre réaction quand il est face à une situation inhabituelle? | Oui | Non |

M-CHAT : Manuel de cotation

Il faut suspecter un diagnostic d'autisme quand l'enfant n'obtient pas les mêmes réponses que sur la grille de cotation à soit **deux des items considérés comme critiques**, soit quand il n'obtient pas les mêmes réponses à **trois items**.

Les réponses oui/non sont traduites en réponses normale/à risque autistique.

Ci-dessous sont les réponses à risque autistique.

Les items en **GRAS MAJUSCULES** sont les items critiques.

Il n'est pas dit que tous les enfants à risque autistique à ce questionnaire auront un diagnostic d'autisme. Cependant, ces enfants devraient avoir une évaluation plus approfondie par des spécialistes.

1. No	6. No	11. No	16. No	21. No
2. NO	7. NO	12. No	17. No	22. Yes
3. No	8. No	13. NO	18. Yes	23. No
4. No	9. NO	14. NO	19. No	
5. No	10. No	15. NO	20. Yes	

Questionnaire de contrôle Enfants ou adolescents avec TDAH

Jacques Omnimed_test

Date 20/06/2020

Nom du répondant _____

	Cochez "ne s'applique pas" si vous trouvez que l'enfant ne présente pas les caractéristiques de l'énoncé décrit, ou une des autres colonnes si vous trouvez que l'énoncé s'applique un peu, modérément ou beaucoup à l'enfant ou à l'adolescent		Ne s'applique pas	S'applique un peu	S'applique modérément	S'applique beaucoup
1	a souvent du mal à attendre son tour					
2	souvent ne parvient pas à prêter attention aux détails ou fait des fautes d'étourderie dans ses tâches					
3	souvent, court ou grimpe partout, dans des situations où cela est inapproprié					
4	a souvent de la difficulté à s'endormir le soir					
5	remue souvent les mains ou les pieds ou se tortille sur son siège					
6	a mal à la tête					
7	a des oublis fréquents dans la vie quotidienne					
8	a des tics (mouvements ou bruits)					
9	semble souvent ne pas écouter quand on lui parle personnellement					
10	se plaint de mal de ventre					
11	perd souvent les objets nécessaires à son travail ou à ses activités					
12	semble amorti					
13	a souvent du mal à organiser ses travaux ou ses activités					
14	parle souvent trop					
15	laisse souvent échapper la réponse à une question qui n'est pas encore entièrement posée					
16	a souvent du mal à soutenir son attention au travail ou dans les jeux					
17	se lève souvent en classe ou dans d'autres situations où il est supposé rester assis					
18	manque d'appétit					
19	est souvent «sur la brèche» ou agit souvent comme s'il était «monté sur ressorts»					
20	souvent, évite, a en aversion, ou fait à contrecœur les tâches qui nécessitent un effort mental soutenu					
21	interrompt souvent les autres ou impose sa présence					
22	souvent ne se conforme pas aux consignes et ne parvient pas à mener à terme ses tâches					
23	a souvent du mal à se tenir tranquille dans les jeux ou les activités de loisir					
24	paraît souvent triste					
25	souvent se laisse facilement distraire par des stimulus externes					

TDA

2	7	9	11	13	16	20	22	25	total
									/27

Retourner s.v.p à l'adresse suivante:

HI

1	3	5	14	15	17	19	21	23	total
									/27

Fax:

Diriez vous que cet enfant/adolescent s'est (encerclez):						
très fortement amélioré	fortement amélioré	légèrement amélioré	pas de changement	légèrement aggravé	fortement aggravé	très fortement aggravé
1	2	3	4	5	6	7

Questionnaire sur l'anxiété - Version parent

Jacques Omnimed_test

Date 20/06/2020

Faites un crochet ou un X vis-à-vis "ne s'applique pas" si ce qui est écrit ne s'applique pas à l'enfant/adolescent, ou vis-à-vis une des autres colonnes si ce qui est écrit s'applique un peu, modérément ou beaucoup à celui-ci		Ne s'applique pas	S'applique un peu	S'applique modérément	S'applique beaucoup
1	A-t-il/elle déjà vécu un événement (attaque) où il/elle se sentait terrifié(e), anxieux(se) et où il/elle ne se sentait pas bien?				
2	Est-ce qu'il/elle s'inquiète plus que les autres personnes de son âge? À propos de quoi? _____				
3	A-t-il/elle souvent peur que quelque chose arrive à quelqu'un de son entourage?				
4	Est-ce qu'il/elle s'inquiète de façon vraiment exagérée à propos de l'école?				
5	Est-ce qu'il/elle a souvent peur d'aller se coucher seul(e) ou d'aller coucher ailleurs?				
6	A-t-il/elle souvent peur de se retrouver seul(e) dans une pièce ou d'aller seul(e) au sous-sol?				
7	Est-il/elle souvent timide et nerveux(se) avec des personnes inconnues?				
8	Est-ce qu'il/elle est souvent inconfortable s'il/elle doit répondre à des questions en classe, ou se joindre à un groupe d'enfants, ou utiliser la salle de toilettes, ou manger en présence d'autres personnes ou faire une performance publique?				
9	Est-ce qu'il/elle préfère rester seul(e) plutôt que d'aller avec des personnes qu'il/elle ne connaît pas bien?				
10	Est-ce qu'il/elle hésite souvent à téléphoner aux autres, ou à aller dans des soirées, clubs de loisirs ou activités?				
11	Est-ce qu'il/elle a une peur déraisonnée de quelque chose comme par exemple les chiens, insectes, hauteurs, ascenseurs ou dans la noirceur?				
12	Est-ce qu'il/elle a souvent peur de se trouver dans une foule, un autobus, ou d'aller dans un endroit public?				
13	Est-ce que ces peurs l'empêchent de faire des choses qu'il/elle aimerait normalement faire?				
14	Est-ce qu'il/elle s'inquiète au sujet de choses avant qu'elles n'arrivent et plus que les autres du même âge?				
15	Est-ce qu'il lui arrive de manquer de l'école ou d'autres activités à cause de maux de tête, maux de ventre ou parce qu'il/elle ne se sent pas bien?				
16	Est-ce qu'il/elle s'inquiète vraiment beaucoup et souvent de ce que les autres pensent de lui/elle?				
17	Est-ce qu'il/elle se sent souvent tendu(e), à « fleur de peau ». Est-ce qu'il est le genre à se demander souvent : ... « ...tout d'un coup que... »				
18	Fait-il/elle souvent et à répétition des gestes ou choses qui semblent « curieux », tels que toucher des choses, compter, se laver les mains à répétition, vérifier si les portes sont barrées, etc...				
19	Est-il/elle souvent ennuyé(e) par des pensées, images ou mots qui viennent dans sa tête sans raison et qu'on ne peut arrêter ou chasser, tels que la peur des microbes, de la saleté ou que quelque chose de mauvais ne survienne				

Questionnaire sur l'anxiété

Correction

Nom de l'enfant : Jacques Omnimed_test

Version parent/enseignant

Version enfant/adolescent

Complété par : _____

Trouble panique

Question 1 : _____

Anxiété de séparation

Question 2 : _____

Question 3 : _____

Question 4 : _____

Question 5 : _____

Question 6 : _____

Phobie sociale

Question 7 : _____

Question 8 : _____

Question 9 : _____

Question 10 : _____

Agoraphobie et phobies spécifiques

Question 11 : _____

Question 12 : _____

Question 13 : _____

Trouble d'anxiété généralisée

Question 14 : _____

Question 15 : _____

Question 16 : _____

Question 17 : _____

Trouble obsessionnel-compulsif

Question 18 : _____

Question 19 : _____

Trouble panique

Question 1 : _____

Anxiété de séparation

Question 2 : _____

Question 3 : _____

Question 4 : _____

Question 5 : _____

Question 6 : _____

Phobie sociale

Question 7 : _____

Question 8 : _____

Question 9 : _____

Question 10 : _____

Agoraphobie et phobies spécifiques

Question 11 : _____

Question 12 : _____

Question 13 : _____

Trouble d'anxiété généralisée

Question 14 : _____

Question 15 : _____

Question 16 : _____

Question 17 : _____

Trouble obsessionnel-compulsif

Question 18 : _____

Question 19 : _____

Par : _____

Le : _____

Questionnaire sur l'anxiété - Version enfant/adolescent

Jacques Omnimed_test

Date 20/06/2020

Fait un crochet ou un X vis-à-vis "ne s'applique pas" si tu trouves que ce qui est écrit ne s'applique pas à toi, ou vis-à-vis une des autres colonnes si tu trouves que ce qui est écrit s'applique un peu, modérément ou beaucoup à toi		Ne s'applique pas	S'applique un peu	S'applique modérément	S'applique beaucoup
1	As tu déjà vécu un événement (attaque) où tu te sentais terrifié(e), anxieux(se) et tu ne te sentais pas bien?				
2	Est-ce que tu t'inquiètes plus que les autres personnes de ton âge? À propos de quoi? _____				
3	As-tu souvent peur que quelque chose arrive à quelqu'un que tu aimes?				
4	Est-ce que tu t'inquiètes de façon vraiment exagérée à propos de l'école?				
5	Est-ce que tu as souvent peur d'aller te coucher seul(e) ou d'aller coucher ailleurs?				
6	As-tu souvent peur de te retrouver seul(e) dans une pièce ou d'aller seul(e) au sous-sol?				
7	Es-tu souvent timide et nerveux(se) avec des personnes inconnues?				
8	Est-ce que tu es souvent inconfortable si tu dois répondre à des questions en classe, te joindre à un groupe d'enfants, utiliser la salle de toilettes, manger en présence d'autres personnes ou faire une performance publique?				
9	Est-ce que tu préfères rester seul(e) plutôt qu'aller avec des personnes que tu ne connais pas bien?				
10	Est-ce que tu hésites souvent à téléphoner aux autres, aller dans des soirées, clubs ou activités?				
11	Est-ce que tu as une peur déraisonnée de quelque chose comme les chiens, insectes, hauteurs, ascenseurs ou dans la noirceur?				
12	Est-ce que tu as souvent peur de te trouver dans une foule, un autobus, ou d'aller dans un endroit public?				
13	Est-ce que ces peurs t'empêchent de faire des choses que tu aimerais normalement faire?				
14	Est-ce que tu t'inquiètes au sujet de choses avant qu'elles n'arrivent et plus que les autres du même âge?				
15	Est-ce qu'il t'arrive de manquer de l'école ou d'autres activités à cause de maux de tête, maux de ventre ou de ne pas te sentir bien?				
16	Est-ce que tu t'inquiètes vraiment beaucoup et souvent de ce que les autres pensent de toi?				
17	Est-ce que tu te sens souvent tendu(e), à « fleur de peau ». Est-ce que tu te demandes souvent : ... « ...tout d'un coup que... »				
18	Fais tu souvent et à <u>répétition</u> des gestes ou choses qui semblent « curieux », tels que toucher des choses, compter, se laver les mains à répétition, vérifier si les portes sont barrées, etc...				
19	Es-tu souvent ennuyé(e) par des pensées, images ou mots qui te viennent dans la tête sans raison et qu'on ne peut arrêter ou chasser, tels que la peur des microbes, de la saleté ou que quelque chose de mauvais ne survienne				

514 331-8212

info@radiologieSMBB.com

www.radiologieSMBB.com



Les numéros indiquent des instructions pour votre examen, voir au verso.

PATIENT	MÉDECIN REQUÉRANT
Nom: Omnimed_test, Jacques	Date: 06-08-2020
Tél. 819 111-2233 819 111-3322x	Nom: Mikael, Hubert-Deschamps
Adresse / Code postal: 1 Rue Alpha App. La Ligne 2	Fax: 888 780-6081
Btown, A1A1A1	Adresse / Code postal: 160 rue Pope
Date de naissance (j/m/a): 11/11/1911	Cookshire, Québec, J0B 1M0
Nom, prénom de votre mère: Test, Maude	4502324
	Signature du MD
	No. Licence

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES PERTINENTS	URGENCE MÉDICALE

MAMMOGRAPHIE	ÉCHOGRAPHIE	MUSCULOSQUELETTIQUE ⁵
<input type="radio"/> Mammographie¹ S.V.P. veuillez apporter les images et les rapports de vos mammographies faites ailleurs.	<input type="radio"/> Abdominale ³ <input type="radio"/> Pelvienne / endovaginale ⁴ <input type="radio"/> Thyroïde / Cou <input type="radio"/> Obstétricale 1 ^{er} trimestre ⁴ <input type="radio"/> Testicules <input type="radio"/> Sein <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G <input type="radio"/> Doppler carotide <input type="radio"/> Doppler rénale	PROCÉDURE: <input type="radio"/> Échographie diagnostique seulement Précisez le site : _____ <input type="radio"/> Échographie diagnostique et infiltration radioguidée Précisez le site : _____ <input type="radio"/> Arthrographie distensive ou Autre arthrographie / infiltration Précisez le site : _____ <input type="radio"/> Infiltration radioguidée sans examen diagnostic Précisez le site : _____
<input type="radio"/> OSTÉODENSITOMÉTRIE La RAMQ couvre un seul examen par année.	<input type="radio"/> Doppler veineux m.i. <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G <input type="radio"/> Autre : _____	
RADIOGRAPHIE GÉNÉRALE SANS RENDEZ-VOUS		
TÊTE ET COU <input type="radio"/> Crâne <input type="radio"/> Sinus <input type="radio"/> Mastoïdes <input type="radio"/> Massif facial <input type="radio"/> Tissus mous du cou <input type="radio"/> Nez <input type="radio"/> Maxillaire inférieur <input type="radio"/> Orbite <input type="radio"/> Art. temporo-maxillaires	MEMBRE SUPÉRIEUR <input type="radio"/> Art. acromio-claviculaires <input type="radio"/> Art. sterno-claviculaires <input type="radio"/> Clavicule <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G <input type="radio"/> Omoplate <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G <input type="radio"/> Épaule <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G <input type="radio"/> Humérus <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G <input type="radio"/> Coude <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G <input type="radio"/> Avant-bras <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G <input type="radio"/> Poignet <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G <input type="radio"/> Main / Doigt <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G	MEMBRE INFÉRIEUR <input type="radio"/> Hanche <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G <input type="radio"/> Fémur <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G <input type="radio"/> Genou <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G <input type="radio"/> Rotule <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G <input type="radio"/> Jambe <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G <input type="radio"/> Cheville <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G <input type="radio"/> Pied <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G <input type="radio"/> Orteil <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G <input type="radio"/> Talon <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G
POUMONS ET ABDOMEN <input type="radio"/> Poumons <input type="radio"/> Hémithorax <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G <input type="radio"/> Sternum <input type="radio"/> Abdomen	RACHIS ET BASSIN <input type="radio"/> Cervical <input type="radio"/> Dorsal <input type="radio"/> Lombo-sacré <input type="radio"/> Sacrum <input type="radio"/> Coccyx <input type="radio"/> Bassin <input type="radio"/> Art. sacro-iliaques <input type="radio"/> Série scoliotique ⁶	DIVERS <input type="radio"/> Âge osseux <input type="radio"/> Série osseuse <input type="checkbox"/> Articulaire <input type="checkbox"/> Métastatique <input type="radio"/> Scanographie ⁶ (mesure des membres) <input type="radio"/> Panorex ⁶ <input type="radio"/> Autre : _____

Tél. : 514 331-8212

Fax : 514 331-4442

Courriel : irm@radiologieSMBB.com

IMAGERIE PAR RÉSONANCE MAGNÉTIQUE ⁷ (IRM/MRI)		
<input type="radio"/> Cerveau <input type="radio"/> Hypophyse <input type="radio"/> Conduits auditifs internes / Rochers <input type="radio"/> Orbites <input type="radio"/> Sinus <input type="radio"/> Tissus mous du cou <input type="radio"/> Plexus brachial <input type="radio"/> Thorax <input type="radio"/> Prostate	<input type="radio"/> Hexagone de Willis <input type="radio"/> Seins <input type="radio"/> Abdomen <input type="radio"/> Pelvis <input type="radio"/> Cholangio-IRM <input type="radio"/> Colonne cervicale <input type="radio"/> Colonne dorsale <input type="radio"/> Colonne lombo-sacrée <input type="radio"/> Sacrum / A.S.I. <input type="radio"/> Bassin	MEMBRE SUPÉRIEUR <input type="radio"/> Épaule <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G <input type="radio"/> Coude <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G <input type="radio"/> Poignet <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G <input type="radio"/> Main <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G <input type="radio"/> Arthro-IRM, précisez : _____ <input type="radio"/> Autre : _____
		MEMBRE INFÉRIEUR <input type="radio"/> Hanche <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G <input type="radio"/> Genou <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G <input type="radio"/> Cheville <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G <input type="radio"/> Pied <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G <input type="radio"/> Arthro-IRM, précisez : _____

Étiquette Patient
usage interne

SCAN HÔPITAL DU SACRÉ-COEUR DE MONTRÉAL
<input type="radio"/> Colonoscopie virtuelle <input type="radio"/> Uroscan <input type="radio"/> Scan : _____
Tél: 514 338-2130
Réservé-Remarques Technologue : _____

Radiologie Bois-de-Boulogne et Diagnostic IRM

1575 boul. Henri-Bourassa ouest, suite 150

Montréal, QC, H3M 3A9

Tél: **514 331-8212**

Fax: **514 331-4442**

Radiologie St-Martin

1435 boul. St-Martin ouest, suite 101

Laval, QC, H7S 2C6

Tél: **514 331-8212**

Fax: **450 668-1736**

INSTRUCTIONS POUR VOTRE EXAMEN

- Mammographie :** Apporter les images et les rapports de vos mammographies faites ailleurs pour fins de comparaison.
Ne pas mettre de poudre, de crème, de parfum ou de déodorant le jour de l'examen.
- Ostéodensitométrie :** Aucun supplément de calcium et/ou vitamine le jour de l'examen.
Aucun examen baryté et/ou en médecine nucléaire 2 semaines avant l'examen.
Si vous avez passé ailleurs des rayons-X de la colonne dorsale, de la colonne lombaire, du bassin ou des hanches dans la dernière année, apporter ces images avec vous.
- Échographie abdominale :** À jeun depuis minuit la veille de l'examen, sans boire, ni manger, ni fumer.
- Échographie pelvienne, obstétricale 1^{er} trimestre :** Boire 750 ml. de liquide 1h30 avant l'examen et ne pas uriner par la suite.
- Musculosquelettique :** Apporter vos images et rapports des examens pertinents faits ailleurs pour fins de comparaison (Rayon X, IRM, CT-Scan, Échographie).
- Examens disponibles à la Radiologie Bois-de-Boulogne seulement.
- Résonance magnétique :** Voir le questionnaire plus bas.
Apporter vos images et rapports des examens pertinents faits ailleurs pour fins de comparaison (Rayon X, IRM, CT-Scan, Échographie).
Pour IRM de l'abdomen et cholangio-IRM, à jeun 4h avant l'examen. Eau permise.

Autres instructions pour votre examen :

- Les examens de mammographie, d'échographie, d'infiltrations (sous échographie et sous arthrographie), d'ostéodensitométrie et de radiographie générale sont couverts par la RAMQ. Le scan à l'Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal est aussi couvert par la RAMQ.
- L'imagerie par résonance magnétique n'est pas couverte par la RAMQ. Informez-vous auprès de votre régime d'assurance collective pour un remboursement des frais d'examens. Nous acceptons les demandes de la CSST et de la SAAQ.
- Ayez votre carte d'assurance-maladie et cette feuille avec vous.
- S'il vous est impossible de vous présenter à votre rendez-vous, nous en aviser le plus tôt possible.
- Si vous êtes enceinte, en avertir la technologue avant l'examen.

7. QUESTIONNAIRE IRM

Grandeur : _____ Poids : _____ Oui Non

Oui Non

<input type="radio"/> <input type="radio"/> Stimulateur cardiaque (pacemaker)	<input type="radio"/> <input type="radio"/> Éclat d'obus (métal de bombe ou de mine, etc.)
<input type="radio"/> <input type="radio"/> « Clip » sur anévrisme cérébral	<input type="radio"/> <input type="radio"/> Fragments métalliques dans les yeux (même ancien)
<input type="radio"/> <input type="radio"/> Cathéter « Swan-Ganz »	<input type="radio"/> <input type="radio"/> Projectile d'arme à feu
<input type="radio"/> <input type="radio"/> Neurostimulateur	<input type="radio"/> <input type="radio"/> Possibilité d'être enceinte
<input type="radio"/> <input type="radio"/> Prothèse pénienne	<input type="radio"/> <input type="radio"/> Prothèse articulaire (tige, plaque, vis, clou), date d'implantation : _____
<input type="radio"/> <input type="radio"/> DVP (SHUNT)	<input type="radio"/> <input type="radio"/> Endo-prothèse (Stent), date d'implantation : _____
<input type="radio"/> <input type="radio"/> Fragments d'électrode	<input type="radio"/> <input type="radio"/> Filtre à veine cave, modèle : _____
<input type="radio"/> <input type="radio"/> Pompe à insuline implantée sous la peau	<input type="radio"/> <input type="radio"/> Stérilet, modèle : _____
<input type="radio"/> <input type="radio"/> Implant oculaire	<input type="radio"/> <input type="radio"/> Allergies, si oui lesquelles? _____
<input type="radio"/> <input type="radio"/> Implant cochléaire	<input type="radio"/> <input type="radio"/> Glaucome, si oui est-ce traité? _____
<input type="radio"/> <input type="radio"/> Claustrophobe	<input type="radio"/> <input type="radio"/> Chirurgies antérieures : _____

Signature du patient : _____ Date : _____ Signature de MD : _____ Date : _____

7. MRI QUESTIONNAIRE

Height: _____ Weight: _____ Yes No

Yes No

<input type="radio"/> <input type="radio"/> Cardiac pacemaker	<input type="radio"/> <input type="radio"/> Metal shards (bomb explosion, metal from mine, etc.)
<input type="radio"/> <input type="radio"/> Clip on a brain aneurism	<input type="radio"/> <input type="radio"/> Metallic particles in eyes (even if it's old)
<input type="radio"/> <input type="radio"/> Catheter « Swan-Ganz »	<input type="radio"/> <input type="radio"/> Firearm projectile
<input type="radio"/> <input type="radio"/> Neurostimulator	<input type="radio"/> <input type="radio"/> Chances of being pregnant
<input type="radio"/> <input type="radio"/> Penile prosthesis	<input type="radio"/> <input type="radio"/> Joint prosthesis (stem, plate, nails, screws), implementation date: _____
<input type="radio"/> <input type="radio"/> DVP (SHUNT)	<input type="radio"/> <input type="radio"/> Endo-prosthesis (Stent), implementation date: _____
<input type="radio"/> <input type="radio"/> Electrode fragment	<input type="radio"/> <input type="radio"/> Vena cava filter, model: _____
<input type="radio"/> <input type="radio"/> Insulin pump implanted under the skin	<input type="radio"/> <input type="radio"/> I.U.D., model: _____
<input type="radio"/> <input type="radio"/> Ocular implant	<input type="radio"/> <input type="radio"/> Allergies, if yes which one? _____
<input type="radio"/> <input type="radio"/> Cochlear implant	<input type="radio"/> <input type="radio"/> Glaucoma, if yes are you treated? _____
<input type="radio"/> <input type="radio"/> Claustrophobic	<input type="radio"/> <input type="radio"/> Prior surgery: _____

Patient Signature: _____ Date : _____ MD Signature: _____ Date : _____

DEMANDE D'AUTORISATION DE PAIEMENT

Médicament d'exception

1- Personne assurée

CARTE DE L'ÉTABLISSEMENT OU D'ASSURANCE MALADIE
OU

2- Prescripteur autorisé

NOM ET PRÉNOM Hubert-Deschamps Mikael		N° D'INSCRIPTION À LA RÉGIE 4502324
ADRESSE NUMÉRO	RUE 160 rue Pope	BUREAU
MUNICIPALITÉ Cookshire	PROVINCE Québec	CODE POSTAL J0B 1M0
TÉLÉPHONE IND. RÉG. 800 567-4808	TÉLÉCOPIEUR IND. RÉG. 888 780-6081	

NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE DE LA PERSONNE ASSURÉE OMNJ11111111	NOM ET PRÉNOM Jacques Omnimed_test	DATE DE NAISSANCE ANNÉE MOIS JOUR 1911 11 11
<i>si non disponible : Numéro d'assurance maladie temporaire sur le carnet de réclamation</i>	ADRESSE NUMÉRO	RUE 1 Rue Alpha
OU <i>si enfant de moins d'un an : Numéro d'assurance maladie de la mère ou du père</i>	MUNICIPALITÉ Btown	PROVINCE Québec
	CODE POSTAL A1A1A1	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE IND. RÉG. 819 111-2233
		APP. La Ligne 2

3 - Médicament visé par la demande IMPORTANT: Utiliser un formulaire pour chaque médicament.

NOM DU MÉDICAMENT	FORME PHARMACEUTIQUE	TENEUR	DU	ANNÉE	MOIS	JOUR	AU	ANNÉE	MOIS	JOUR	
POSOLOGIE	Si la personne assurée est hospitalisée, indiquez la date prévue de son congé.						ANNÉE	MOIS	JOUR		
La médication sera administrée :	<input type="checkbox"/> à domicile, au CLSC ou au cabinet privé	<input type="checkbox"/> dans un CH, CHSLD, centre d'hébergement public, privé conventionné, y compris aux consultations externes d'un établissement.	<input type="checkbox"/> ailleurs, précisez								

4 - Justification de la demande Inscrivez toute information pertinente permettant d'évaluer la demande

DIAGNOSTIC

SIGNATURE DU PRESCRIPTEUR AUTORISÉ

DATE
ANNÉE MOIS JOUR
2020 08 06

À L'USAGE DE LA RÉGIE

DURÉE AUTORISÉE DU PAIEMENT	QUANTITÉ MAXIMALE PAYABLE	DEMANDE ÉVALUÉE PAR	DATE
DU ANNÉE MOIS JOUR AU ANNÉE MOIS JOUR			ANNÉE MOIS JOUR

Blank area for justification of the request.

Retourner le présent formulaire

- par télécopieur à Québec : **418 646-5653**
ailleurs au Québec, sans frais : **1 866 312-3858**
- par courrier : Régie de l'assurance maladie du Québec
Expertise professionnelle (pharmacie) Q040
Case postale 6600
Québec (Québec) G1K 7T3

SECTION DU PROFESSIONNEL

1. Renseignements sur le professionnel

Nom de famille Mikael	Prénom Hubert-Deschamps	Numéro du professionnel 4502324
--------------------------	----------------------------	------------------------------------

2. Renseignements sur la personne assurée

Nom de famille à la naissance Omnimed_test	Numéro d'assurance maladie OMNJ11111111		
Prénom à la naissance Jacques	Date de naissance Année Mois Jour 1911 11 11	Sexe <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	

3. Renseignements sur les services couverts

Code de facturation	Description du service rendu	Montant perçu
Date des services Année Mois Jour 2020 08 06	Lieu de dispensation Omnimed	Total ▶

4. Signature du professionnel Ce formulaire n'est pas une facture. Voyez les directives au verso.

Je certifie avoir rendu les services inscrits à la section 3.

Signature du professionnel ou de son mandataire

SECTION DE LA PERSONNE ASSURÉE

5. Adresse du domicile Si vous voulez nous aviser d'un changement d'adresse, voyez les directives au verso.

Numéro	Rue 1 Rue Alpha	Appartement La Ligne 2
Ville Btown	Province Québec	Code postal A1A1A1

6. Signature de la personne assurée ou de son représentant

Si vous faites la demande pour une autre personne, indiquez à quel titre : <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Autre :	Téléphone au domicile Ind. rég. 819 111-2233
Nom de famille et prénom en lettres majuscules	Téléphone au travail Ind. rég. 819 111-3322
Poste	

Je certifie que les renseignements sur ce formulaire sont exacts et demande le remboursement des services inscrits à la section 3.

X

Signature de la personne assurée ou de son représentant

2020-08-06

Date

Directives

Conformément à l'article 13.3 de la Loi sur l'assurance maladie, le professionnel doit remplir ce formulaire lorsque la personne n'a pas présenté sa carte d'assurance maladie ou que sa carte est expirée.

Selon l'article 22 de la Loi, le professionnel n'a pas à remplir ce formulaire si la personne assurée ne présente pas sa carte dans l'un des cas ci-dessous.

La personne assurée :

- est âgée de moins d'un an;
- est âgée d'au moins 14 ans et de moins de 18 ans;
- requiert des soins urgents;
- est hébergée dans un centre de réadaptation, dans un centre d'accueil, dans un centre d'hébergement et de soins longue durée ou dans un centre hospitalier de soins de longue durée pour les autochtones cris;
- se trouve dans un autre cas prescrit par la Loi.

Directives au professionnel

Ce formulaire n'est pas une facture. Pour chaque demande de remboursement, vous devez donc transmettre une facture à la Régie par le service en ligne FacturActe, un logiciel conforme et reconnu par la Régie ou une agence de facturation.

- Remplissez les sections 1 à 4 du formulaire.
- Inscrivez le numéro d'assurance maladie de la personne assurée si vous le connaissez.
- Inscrivez toujours la description du service rendu.
- Inscrivez une seule date pour les services rendus.
- Si votre système de facturation vous transmet un numéro de facture, inscrivez-le en haut à droite du formulaire, dans la case réservée à cet effet.
- **Signez le formulaire.**
- Remettez le formulaire à la personne assurée.

Vous trouverez des renseignements supplémentaires dans le *Guide de facturation – Rémunération à l'acte* au www.ramq.gouv.qc.ca.

Directives à la personne assurée

Conformément à l'article 14.2 de la Loi sur l'assurance maladie, vous pouvez demander un remboursement à la Régie uniquement dans l'année suivant la date à laquelle vous avez reçu les services couverts.

- Assurez-vous que le professionnel a signé le formulaire et qu'il a lisiblement inscrit les renseignements requis aux sections 1 à 4.
- Inscrivez votre numéro d'assurance maladie dans la section 2 si ce n'est déjà fait.
- Communiquez avec la Régie à l'un des numéros indiqués au bas de cette page si :
 - vous n'avez jamais demandé de carte d'assurance maladie;
 - votre carte d'assurance maladie est expirée;
 - vous avez demandé votre carte d'assurance maladie, mais ne l'avez pas encore reçue;
 - votre carte d'assurance maladie a été perdue ou volée.
- Remplissez les sections 5 et 6 du formulaire.
- **Signez le formulaire.**
- Envoyez ce formulaire à la Régie à l'adresse postale qui figure ci-dessous.

Renseignements importants

- **Ce formulaire ne peut servir à effectuer un changement d'adresse.** Assurez-vous que votre changement d'adresse a été fait au Service québécois de changement d'adresse au <https://www.adresse.gouv.qc.ca>, car le chèque pourrait être envoyé à une ancienne adresse.
- **Pour les enfants de moins de 14 ans ou les personnes inaptes :** le chèque est fait à l'ordre de l'enfant ou de la personne inapte et est adressé à l'un des parents ou au tuteur. Dans le cas d'une garde légale, il est émis à l'ordre de la personne ou de l'institution qui en assume la garde.

Coordonnées de la Régie

Site Web

www.ramq.gouv.qc.ca

Numéros de téléphone

Québec : 418 646-4636

Montréal : 514 864-3411

Ailleurs au Québec : 1 800 561-9749

Adresse postale

Régie de l'assurance maladie du Québec

Case postale 6600

Québec (Québec) G1K 7T3

Registration With a Family Doctor

1. a) INFORMATION ON THE FAMILY DOCTOR

LAST NAME Mikael	FIRST NAME Hubert-Deschamps	PRACTICE NUMBER 4502324
---------------------	--------------------------------	----------------------------

1. b) INFORMATION ON THE FAMILY MEDICINE GROUP

THE FAMILY DOCTOR IS TO FILL OUT THIS SECTION ONLY IF HE OR SHE IS A MEMBER OF THE FAMILY MEDICINE GROUP WITH WHICH THE PATIENT AGREES TO REGISTER.

NAME OF FAMILY MEDICINE GROUP	REFERENCE NUMBER OF FAMILY MEDICINE GROUP 0	FILE NUMBER 9909910
-------------------------------	--	------------------------

2. INFORMATION ON THE INSURED PERSON

HEALTH INSURANCE NUMBER OMNJ11111111		LAST NAME AT BIRTH Omnimed_test		USUAL FIRST NAME Jacques			
DATE OF BIRTH 1911 11 11	SEX <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	AREA CODE 819 111-2233	TELEPHONE/HOME	AREA CODE 819 111-3322	TELEPHONE/WORK	EXT.	PLEASE INDICATE IN WHICH LANGUAGE YOU WOULD LIKE TO RECEIVE CORRESPONDENCE. <input checked="" type="checkbox"/> French <input type="checkbox"/> English
MAILING ADDRESS NUMBER		STREET 1 Rue Alpha				APARTMENT La Ligne 2	
LOCALITY Btown				PROVINCE QC		POSTAL CODE A1A 1A1	

3. FOLLOW-UP LOCATION AND HEALTH CHARACTERISTICS

NAME OF SERVICE POINT (USUAL FOLLOW-UP LOCATION) Omnimed		CODE	BEGINNING DATE OF CODE Y Y Y Y M M D D	CODE	BEGINNING DATE OF CODE Y Y Y Y M M D D
NUMBER OF SERVICE POINT		BEGINNING DATE OF SERVICE POINT DESIGNATION Y Y Y Y M M D D	CODE	BEGINNING DATE OF CODE Y Y Y Y M M D D	

4. STATEMENT BY INSURED PERSON

I declare that all the information provided is accurate. I designate the health professional named in section 1(a) to be my sole family doctor and hereby cancel any previous registration, if applicable. If I should change family doctors, I understand that the name of my new doctor and the place of my new registration will be disclosed to my former family doctor.

SIGNATURE _____ DATE 2020 08 06

5. SECTION TO BE COMPLETED BY THE REPRESENTATIVE OF THE INSURED PERSON WHO IS UNDER AGE 14 OR INCAPACITATED

LAST NAME AND FIRST NAME OF PARENT, GUARDIAN, MANDATARY, TRUSTEE OR ACCOMPANYING PERSON		FOR A CHILD UNDER AGE 1 WHO DOES NOT HAVE A HEALTH INSURANCE CARD, ENTER THE HEALTH INSURANCE NUMBER OF THE FATHER OR MOTHER.					
MAILING ADDRESS NUMBER		STREET				APARTMENT	
LOCALITY				PROVINCE		POSTAL CODE	
<input type="checkbox"/> Mother or father	<input type="checkbox"/> Guardian	<input type="checkbox"/> Trustee	AREA CODE	TELEPHONE/HOME	AREA CODE	TELEPHONE/WORK	EXT.
<input type="checkbox"/> Mandatary	<input type="checkbox"/> Accompanying person						
SIGNATURE _____						DATE 2020 08 06	

6. STATEMENT BY FAMILY DOCTOR

In accordance with the code of ethics of the Collège des médecins du Québec, I agree to be the family doctor of the insured person identified in section 2.

SIGNATURE _____ PRACTICE NUMBER 4502324 DATE 2020 08 06

Note: Your first and last names and your Health Insurance Number are sent to the Régie de l'assurance maladie du Québec for the purpose of applying the *Health Insurance Act*.

EACH SIGNING PARTY KEEPS ONE COPY.

DIRECTIVES À SUIVRE POUR REMPLIR LE FORMULAIRE D'INSCRIPTION AUPRÈS D'UN MÉDECIN DE FAMILLE

**IMPORTANT — Do not send the paper version of the registration form to the Régie.
Fill out one form only per person (in block letters).**

Registration with a family doctor affiliated with a family medicine group

- 1) Fill out sections 1. a) and 1. b).
- 2) Fill out the appropriate sections, according to the situation of the insured person (sections 2, 3 and 5).
- 3) Have the insured person sign the form (section 4).
- 4) Have the family doctor sign the form (section 6).
- 5) Give one copy of the signed form to the registered person or, where applicable, to the person's representative and keep the original copy in the insured person's file.
- 6) Give information document No. 4115 (*Registration With a Family Doctor*) to the registered person or, where applicable, to the person's representative.
- 7) Give document No. 4114 (*Information on Family Medicine Groups*) to the registered person or, where applicable, to the person's representative.
- 8) Transmit the registration using the Régie's online service.
- 9) Have the [Consent form for the sharing and release of user information](#) (AH 888A DT9298) signed by the insured person or, where applicable, by the person's representative and keep the original in the insured person's file. This form is available on the same webpage as form No. 4101 (*Registration With a Family Doctor*).

Registration with a family doctor not affiliated with a family medicine group

- 1) Fill out sections 1. a).
- 2) Fill out the appropriate sections, according to the situation of the insured person (sections 2, 3 and 5).
- 3) Have the insured person sign the form (section 4).
- 4) Have the family doctor sign the form (section 6).
- 5) Give one copy of the signed form to the registered person or, where applicable, to the person's representative and keep the original copy in the insured person's file.
- 6) Give information document No. 4115 (*Registration With a Family Doctor*) to the registered person or, where applicable, to the person's representative.
- 7) Transmit the registration using the Régie's online service or using Régie-approved registration software.
- 8) Have the [Consent form for the sharing and release of user information](#) (AH 888A DT9298) signed by the insured person or, where applicable, to the person's representative and keep the original in the insured person's file. This form is available on the same webpage as the form No. 4101 (*Registration With a Family Doctor*).

The Régie does not accept any registrations submitted by telephone, fax or mail.

IMPORTANT — NE PAS ENVOYER CE DOCUMENT À LA RÉGIE.

1. a) RENSEIGNEMENTS SUR LE MÉDECIN DE FAMILLE

REmplir un seul formulaire par personne (en lettres majuscules).

Nom Mikael	Prénom Hubert-Deschamps	Numéro de pratique 4502324
---------------	----------------------------	-------------------------------

1. b) RENSEIGNEMENTS SUR LE GROUPE DE MÉDECINE DE FAMILLE

LE MÉDECIN DE FAMILLE DOIT REMPLIR CETTE SECTION SEULEMENT S'IL EST MEMBRE DU GROUPE DE MÉDECINE DE FAMILLE (GMF) DANS LEQUEL LE PATIENT ACCEPTE DE S'INSCRIRE.

Nom du groupe de médecine de famille	NUMÉRO DE RÉFÉRENCE DU GROUPE DE MÉDECINE DE FAMILLE	0
--------------------------------------	--	---

2. RENSEIGNEMENTS SUR LA PERSONNE ASSURÉE

Numéro d'assurance maladie OMNJ11111111		Nom de famille à la naissance Omnimed_test		Prénom usuel Jacques	
Date de naissance 1911 11 11	Sexe <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Ind. rég. Téléphone/domicile 819 111-2233	Ind. rég. Téléphone/bureau 819 111-3322	Poste	Indiquer dans quelle langue vous désirez recevoir de la documentation <input checked="" type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais
Adresse postale		Appartement		Code postal	
Numéro	Rue 1 Rue Alpha	La Ligne 2		A1A 1A1	
Ville Btown			Province QC		

3. CARACTÉRISTIQUES

Nom du lieu de suivi habituel (point de service) Omnimed					
Numéro du lieu (point de service)	Code	Date de début du code	Code	Date de début du code	
		A M J		A M J	
Date de début de désignation du lieu (point de service)			Code	Date de début du code	
				A M J	

4. DÉCLARATION DE LA PERSONNE ASSURÉE

Je déclare que tous les renseignements fournis me concernant sont exacts. Je désigne le professionnel de la santé [voir la section 1. a)] comme mon unique médecin de famille et annule, s'il y a lieu, toute inscription antérieure. Lors d'un changement de médecin de famille, je comprends que le nom de mon nouveau médecin ainsi que le lieu de ma nouvelle inscription seront communiqués à mon médecin de famille précédent.

Signature _____ Date 2020 / 08 / 06

5. SECTION À REMPLIR PAR LE REPRÉSENTANT DE LA PERSONNE ASSURÉE ÂGÉE DE MOINS DE 14 ANS OU INAPTE

Nom et prénom du parent, du tuteur, du mandataire, du curateur ou de l'accompagnateur		Dans le cas d'un enfant de moins d'un an sans carte d'assurance maladie, inscrire le numéro d'assurance maladie de la mère ou du père.		Numéro d'assurance maladie	
Adresse postale		Appartement		Code postal	
Numéro	Rue				
Ville			Province		
<input type="checkbox"/> Mère ou père	<input type="checkbox"/> Tuteur	<input type="checkbox"/> Curateur	Ind. rég. Téléphone/domicile	Ind. rég. Téléphone/bureau	Poste
<input type="checkbox"/> Mandataire	<input type="checkbox"/> Accompagnateur				
Signature _____			Date A / M / J		

6. CONSENTEMENT À L'ACCÈS À DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS ET À LEUR TRANSMISSION

LA PERSONNE ASSURÉE QUI S'INSCRIT AUPRÈS D'UN MÉDECIN DE FAMILLE, MEMBRE OU NON D'UN GMF, REMPLIT ET SIGNE CETTE SECTION.

Je donne au médecin de famille auprès duquel je m'inscris [voir la section 1. a)] et, le cas échéant, aux médecins membres du groupe de médecine de famille (GMF) auquel il appartient [voir la section 1. b)], l'autorisation d'accéder à l'information nécessaire à la prestation des soins ou des services sociaux requis par mon état de santé. Je les autorise également à transmettre cette information, dans la plus grande confidentialité, à tout professionnel de la santé et des services sociaux qui leur est lié. De plus, je consens à ce que l'information générée par des visites à tout professionnel de la santé et des services sociaux soit transmise au médecin de famille ou aux médecins et professionnels du groupe de médecine de famille duquel je reçois les services. Ce consentement cesse d'avoir effet lorsque je mets fin à mon inscription.

Personne assurée Mère ou père Tuteur Mandataire Curateur

Signature _____ Date 2020 / 08 / 06 /

7. DÉCLARATION DU MÉDECIN DE FAMILLE

J'accepte, conformément au code de déontologie du Collège des médecins du Québec, d'être le médecin de famille de la personne assurée dont le nom figure à la section 2.

Signature _____ Numéro de pratique 4502324 Date 2020 / 08 / 06 /

Note — Vos nom, prénom et numéro d'assurance maladie sont transmis à la Régie aux fins de l'application de la Loi sur l'assurance maladie.

CHAQUE SIGNATAIRE CONSERVE UNE COPIE.

DIRECTIVES À SUIVRE POUR REMPLIR LE FORMULAIRE D'INSCRIPTION AUPRÈS D'UN MÉDECIN DE FAMILLE

IMPORTANT — Ne pas envoyer la copie papier du formulaire d'inscription à la Régie.

Inscription auprès d'un médecin de famille affilié à un groupe de médecine de famille (GMF)

- 1) Remplir les sections 1. a) et 1. b).
- 2) Remplir les sections appropriées, selon la situation de la personne assurée (sections 2, 3 et 5).
- 3) Faire signer le formulaire par la personne assurée (section 4).
- 4) Faire signer la section 6 par la personne assurée qui accorde son consentement ou, le cas échéant, par son représentant légal si celle-ci a moins de 14 ans ou est inapte. Par ailleurs, celui qui agit à titre d'accompagnateur n'est pas autorisé à apposer sa signature dans cette section. Enfin, il n'est pas obligatoire de consentir à l'accès à des renseignements personnels et à leur transmission pour s'inscrire auprès d'un groupe de médecine de famille.
- 5) Faire signer le formulaire par le médecin de famille (section 7).
- 6) Remettre une copie du formulaire signé à la personne inscrite ou, le cas échéant, à son représentant et conserver l'original dans le dossier.
- 7) Remettre le formulaire d'information n° 4107 (Inscription auprès d'un médecin de famille) à la personne inscrite ou, le cas échéant, à son représentant.
- 8) Remettre le formulaire n° 4095 (Renseignements sur les groupes de médecine de famille) à la personne inscrite ou, le cas échéant, à son représentant.
- 9) Transmettre l'inscription par l'entremise du service en ligne mis à votre disposition par la Régie.

Inscription auprès d'un médecin de famille non affilié à un groupe de médecine de famille (hors GMF)

- 1) Remplir la section 1. a).
- 2) Remplir les sections appropriées, selon la situation de la personne assurée (sections 2, 3 et 5).
- 3) Faire signer le formulaire par la personne assurée (section 4).
- 4) Faire signer la section 6 par la personne assurée qui accorde son consentement ou, le cas échéant, par son représentant légal si celle-ci a moins de 14 ans ou est inapte. Par ailleurs, celui qui agit à titre d'accompagnateur n'est pas autorisé à apposer sa signature dans cette section. Enfin, il n'est pas obligatoire de consentir à l'accès à des renseignements personnels et à leur transmission pour s'inscrire auprès d'un médecin de famille.
- 5) Faire signer le formulaire par le médecin de famille (section 7).
- 6) Remettre une copie du formulaire signé à la personne inscrite ou, le cas échéant, à son représentant et conserver l'original dans le dossier.
- 7) Remettre le formulaire d'information n° 4107 (Inscription auprès d'un médecin de famille) à la personne inscrite ou, le cas échéant, à son représentant.
- 8) Transmettre l'inscription par l'entremise du service en ligne mis à votre disposition par la Régie ou encore avec le formulaire DP1200.

Il importe de rappeler que la Régie n'accepte aucune inscription par téléphone, par télécopieur ou par la poste.



DT9208

FORMULAIRE D'INSCRIPTION AUPRÈS D'UN MÉDECIN DE FAMILLE

Nom et prénom Jacques Omnimed_test			
N° d'assurance maladie OMNJ11111111	Expiration Ind.rég.	Année 27	Mois 01
Numéro de téléphone		819 111-2233 Ind.rég.	
Autre numéro de téléphone		819 111-3322 Ind.rég.	
Adresse 1 Rue Alpha App:La Ligne 2			
Code postal		A1A 1A1	

Renseignements sur le médecin de famille		
Nom Hubert-Deschamps	Prénom Mikael	N° de pratique 4502324
<i>Le médecin de famille doit remplir cette section seulement s'il est membre du groupe de médecine de famille (GMF) dans lequel l'utilisateur accepte de s'inscrire.</i>		
Nom du groupe de médecine de famille		N° de référence

Caractéristiques									
Nom du lieu de suivi habituel (point de service)					N° du lieu (point de service)				
Code	Date de début du code	Code	Date de début du code	Date de début de désignation du lieu (point de service)	Année	Mois	Jour	Code	Date de début du code

Déclaration de la personne assurée			
Je déclare que tous les renseignements fournis me concernant sont exacts. Je désigne le professionnel de la santé comme mon unique médecin de famille et annule, s'il y a lieu, toute inscription antérieure. Lors d'un changement de médecin de famille, je comprends que le nom de mon nouveau médecin ainsi que le lieu de ma nouvelle inscription seront communiqués à mon médecin de famille précédent.			
Signature		Date	Année Mois Jour 2020 08 06

À remplir par le représentant de la personne assurée âgée de moins de 14 ans ou inapte							
Nom et prénom (du parent, du tuteur, du mandataire, du curateur ou de l'accompagnateur)			Dans le cas d'un enfant de moins de 14 ans sans carte d'assurance maladie, inscrire le numéro d'assurance maladie de la mère ou du père.			N° d'assurance maladie	
Adresse postale (numéro, rue, appartement)							
Ville			Province			Code postal	
<input type="checkbox"/> Mère ou père	<input type="checkbox"/> Mandataire	<input type="checkbox"/> Accompagnateur	Ind. rég.	Téléphone (domicile)	Ind. rég.	Téléphone (bureau)	N° de poste
<input type="checkbox"/> Tuteur	<input type="checkbox"/> Curateur						
Signature		Date	Année Mois Jour 2020 08 06				

Déclaration du médecin de famille			
J'accepte conformément au code de déontologie du Collège des médecins du Québec, d'être le médecin de famille de la personne assurée dont le nom figure ci-dessus.			
Signature	N° de pratique 4502324	Date	Année Mois Jour 2020 08 06

Nom de l'utilisateur Jacques Omnimed_test	N° d'assurance maladie OMNJ11111111
--	--

Consentement à la communication de renseignements de santé et de services sociaux me concernant

Je soussigné, Jacques Omnimed_test _____, donne au médecin de famille auprès duquel je m'inscris, aux autres médecins et aux membres du personnel professionnel (travailleurs sociaux, infirmières, etc.) de la clinique médicale _____, reconnue ou non par le Programme GMF, auquel mon médecin de famille appartient l'autorisation d'accéder à l'information nécessaire à la prestation des soins et des services sociaux requis par mon état de santé qui est contenue dans le dossier médical constitué par mon médecin de famille, les autres médecins et les membres du personnel professionnel de cette clinique médicale.

Section spécifique pour les professionnels de la santé employés d'un établissement de santé et de services sociaux

Outre les médecins, les professionnels de la santé et des services sociaux (infirmières, travailleurs sociaux, etc.) qui pratiquent en clinique médicale sont, généralement, des employés d'un établissement de santé et de services sociaux (soit un Centre intégré de santé et de services sociaux ou un Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux). Afin d'assurer l'évaluation et la qualité de l'acte professionnel que je recevrai ainsi que la gestion et la coordination des actes posés en clinique médicale par les professionnels, il peut être nécessaire à l'établissement duquel relèvent ces professionnels de la santé d'accéder, de façon ponctuelle, à certains renseignements concernant les services de santé et les services sociaux rendus par ces derniers au sein de cette clinique médicale.

Par conséquent, je consens à ce que mon médecin transmette à l'établissement de santé et de services sociaux duquel relève le personnel professionnel de cette clinique médicale, c'est-à-dire le _____, les renseignements suivants :

(cocher et parapher chacune des catégories autorisées)

- Notes de suivi du professionnel ou consultations avec médecins ou professionnels si jugé nécessaire par le directeur des services professionnels de l'établissement;
- Plans d'intervention du professionnel;
- Feuille sommaire de suivi à cette clinique médicale, incluant le profil pharmacologique.

Je comprends que l'établissement identifié n'utilisera les renseignements me concernant qui lui sont communiqués en vertu du présent consentement qu'aux seules fins déterminées par celui-ci, soit l'évaluation et la qualité de l'acte professionnel que je recevrai ainsi que la gestion et la coordination des actes professionnels posés par les professionnels assignés à cette clinique médicale. Par ailleurs, un refus de ma part de donner ce consentement ne peut pas entraîner de représailles à mon égard ni mener à un refus d'un professionnel de m'offrir les services de santé ou les services sociaux requis.

Cette clinique médicale s'assurera que toute communication de renseignements effectuée en vertu du présent consentement sera réalisée en utilisant des moyens assurant la sécurité et la confidentialité de ceux-ci.

Ce consentement est valide pour une durée de 5 ans. Je pourrai toutefois retirer totalement ou partiellement ce consentement en tout temps en communiquant par écrit avec mon médecin de famille à cet effet.

J'ai bien lu l'information présentée dans ce formulaire à propos du partage d'informations personnelles. Au besoin, le médecin de famille auprès duquel je m'inscris m'a fourni les explications nécessaires à ma compréhension.

<input type="checkbox"/> Personne assurée	<input type="checkbox"/> Mère ou père	<input type="checkbox"/> Tuteur	<input type="checkbox"/> Mandataire	<input type="checkbox"/> Curateur	
Signature		Date	Année	Mois	Jour
			2020	08	06

Rapport de rendez-vous

Omnimed_test, Jacques (OMNJ11111111) # Dossier : 99909910

Date	Médecin	Activité	Description
Rendez-vous futur(s)			
2020-07-30 09:00	Noel, Luc	Petite urgence	chest pain x2j
2020-07-28 08:40	Noel, Luc	Consultation importante	high pressure x3d
2020-07-22 12:15	Noel, Luc	Petite urgence	chute tête
2020-07-14 19:00	Noel, Luc	Petite urgence	fièvre x2j
2020-06-25 09:05	Noel, Luc	Pregnancy follow-up	
2020-06-22 08:40	Noel, Luc	Consultation importante	
2020-06-20 15:00	MIKAEL, HUBERT-DESCHAMPS	Sans-Rendez-vous	Le patient ressent des maux de ventre depuis quelques jours. À vérifier.
2020-06-17 09:50	Noel, Luc	Visite de suivi	
2020-06-10 08:40	Noel, Luc	Consultation importante	toux
2020-06-04 14:30	Noel, Luc	Visite de suivi	
2020-06-02 09:30	Noel, Luc	Visite de suivi	db2
2020-05-26 16:50	Noel, Luc	Visite de suivi	suiv abc
2020-04-16 08:40	Noel, Luc	Consultation importante	
2020-04-14 08:40	Noel, Luc	Consultation importante	dlr abc x2j
2020-04-10 09:50	Noel, Luc	Visite de suivi	
2020-04-08 08:40	Noel, Luc	Consultation importante	pression élevée
2020-04-07 09:50	Noel, Luc	Visite de suivi	db2
2020-04-03 09:50	Noel, Luc	Visite de suivi	épaule
2020-04-01 08:40	Noel, Luc	Consultation importante	
2020-03-31 12:59	Boilard, Xavier	Consultation importante	
2020-03-31 08:40	Noel, Luc	Consultation importante	
2020-03-11 09:50	Noel, Luc	Visite de suivi	db2
2020-03-06 08:40	Noel, Luc	Consultation importante	
2020-02-27 10:30	Noel, Luc	Visite de suivi	cholesterol
2020-02-17 08:40	Noel, Luc	Consultation importante	
2020-02-12 09:00	Noel, Luc	Petite urgence	
2020-01-31 08:40	Noel, Luc	Petite urgence	
2020-01-21 10:00	Noel, Luc	Visite de suivi	db2
2019-12-16 13:30	Noel, Luc	Infiltrations	
2019-12-13 08:45	Noel, Luc	Visite de suivi	db2
2019-12-04 16:50	Noel, Luc	Consultation importante	dlr abdominale x2j
2019-11-27 14:00	Noel, Luc	Petite urgence	
2019-11-27 11:45	Boilard, Xavier	Petite urgence	pression basse x2j
2019-11-14 08:30	Noel, Luc	Consultation importante	DB2
2019-11-11 08:30	Noel, Luc	Consultation importante	pression basse x2j
2019-10-31 09:35	Noel, Luc	Rdv ordinaires 20m	suivi hta
2019-10-30 13:40	Pellerin, Martin	Sans-Rendez-vous	
2019-10-30 09:10	Noel, Luc	Rdv ordinaires 20m	
2019-10-22 13:10	Noel, Luc	Rdv ordinaires 20m	db2
2019-10-11 10:30	Noel, Luc	Rdv ordinaires 20m	db2

Rapport de rendez-vous

Omnimed_test, Jacques (OMNJ11111111) # Dossier : 99909910

Date	Médecin	Activité	Description
2019-10-08 11:15	Noel, Luc	Accès adapté	
2019-10-04 14:30	Noel, Luc	Rdv ordinaires 20m	rehab dos
2019-09-19 17:10	Noel, Luc	Rdv ordinaires 20m	suivi diabète
2019-08-15 10:50	Noel, Luc	Rdv ordinaires 20m	
2019-08-08 10:00	Noel, Luc	Rdv ordinaires 15m	suivi mpoc
2019-05-23 15:10	Noel, Luc	Follow-ups	
2018-11-09 08:45	Noel, Luc	Rdv ordinaires 15m	diabete
2018-11-02 15:30	Noel, Luc	Rdv ordinaires 15m	
2018-10-18 10:00	LUC, RESIDENT	Visite de suivi	
2018-09-24 20:40	Noel, Luc	Rdv ordinaires 20m	maux dos
2018-09-21 09:15	Noel, Luc	Rdv ordinaires 15m	
2018-09-17 13:30	Noel, Luc	Rdv ordinaires 20m	

Omnimed

99909910

160 rue Pope, Cookshire, Québec, J0B 1M0

Phone : 800 567-4808, Fax : 888 780-6081

Receipt

Date : 06/08/2020

Received from : Jacques Omnimed_test

BD. : 11/11/1911 NAM :OMNJ11111111

Reason :

Amout : _____ \$

Receipt issued by : Hubert-Deschamps Mikael (4502324)

Thank you for your confidence !

The patient who believes that the amounts billed after December 6th, 2015 are for services insured under the Health Insurance Act or fees required for their dispensation can, within five years of payment, make a written claim for reimbursement to the Régie de l'assurance maladie du Québec. When it is of the opinion that the amounts billed are not allowed, the Régie reimburses the patient and recovers the same amount from the involved professional or third party.

Omnimed

99909910

160 rue Pope, Cookshire, Québec, J0B 1M0

Phone : 800 567-4808, Fax : 888 780-6081

Receipt

Date : 06/08/2020

Received from : Jacques Omnimed_test

BD. : 11/11/1911 NAM :OMNJ11111111

Reason :

Amout : _____ \$

Receipt issued by : Hubert-Deschamps Mikael (4502324)

Thank you for your confidence !

The patient who believes that the amounts billed after December 6th, 2015 are for services insured under the Health Insurance Act or fees required for their dispensation can, within five years of payment, make a written claim for reimbursement to the Régie de l'assurance maladie du Québec. When it is of the opinion that the amounts billed are not allowed, the Régie reimburses the patient and recovers the same amount from the involved professional or third party.

Omnimed

99909910

160 rue Pope, Cookshire, Québec, J0B 1M0
Téléphone : 800 567-4808, Fax : 888 780-6081

Reçu

Date : 06/08/2020

Reçu de : Jacques Omnimed_test
DDN. : 11/11/1911 NAM :OMNJ11111111

Raison du reçu :

Montant : _____ \$

Reçu émis par : Hubert-Deschamps Mikael (4502324)

Merci de votre confiance !

Le patient qui estime que les sommes qui lui sont réclamées après le 6 décembre 2015 visent des services assurés au sens de la Loi sur l'assurance maladie ou des frais engagés aux fins de la dispensation de ceux-ci peut, par écrit dans les cinq ans suivant la date du paiement, en réclamer le remboursement à la Régie de l'assurance maladie du Québec, qui lui remboursera alors le montant, lorsqu'elle est d'avis que sa facturation n'était pas permise, et récupérera ce montant du professionnel ou du tiers en cause.

Omnimed

99909910

160 rue Pope, Cookshire, Québec, J0B 1M0
Téléphone : 800 567-4808, Fax : 888 780-6081

Reçu

Date : 06/08/2020

Reçu de : Jacques Omnimed_test
DDN. : 11/11/1911 NAM :OMNJ11111111

Raison du reçu :

Montant : _____ \$

Reçu émis par : Hubert-Deschamps Mikael (4502324)

Merci de votre confiance !

Le patient qui estime que les sommes qui lui sont réclamées après le 6 décembre 2015 visent des services assurés au sens de la Loi sur l'assurance maladie ou des frais engagés aux fins de la dispensation de ceux-ci peut, par écrit dans les cinq ans suivant la date du paiement, en réclamer le remboursement à la Régie de l'assurance maladie du Québec, qui lui remboursera alors le montant, lorsqu'elle est d'avis que sa facturation n'était pas permise, et récupérera ce montant du professionnel ou du tiers en cause.

Relevé de pression artérielle (PA)

Omnimed 160 rue Pope Cookshire Québec J0B 1M0	NOM DU PATIENT : <u>Jacques Omnimed_test</u>
	# DOSSIER : <u>99909910</u>
	NOM DU MÉDECIN : <u>Mikael Hubert-Deschamps</u>

RAISON

Suivi TA

Relance téléphonique

MÉDICATION	EFFETS SECONDAIRES

Ma valeur cible de pression artérielle est inférieure à : _____

Comment bien faire mon relevé de pression artérielle (PA)?

- Vous devez prendre 4 mesures par jour pendant 7 jours.
- 2 mesures doivent être prises le matin et 2 mesures doivent être prises le soir.
- Un intervalle de 10 à 12 h entre les mesures du matin et les mesures du soir est nécessaire.
- Vous devez vous détendre 5 minutes avant la prise de la 1^{ère} mesure et attendre 1 minute après la 1^{ère} mesure avant de prendre la 2^{ème} mesure.

Date	Matin		Matin		Soir		Soir	
	Mesure # 1		Mesure # 2		Mesure # 3		Mesure # 4	
	PA	Pouls	PA	Pouls	PA	Pouls	PA	Pouls
Exemple 15 mai	125/83	80	122/80	76	132/86	77	130/84	70

Plan : BpTRU Référence médicale

Observation/suivi à domicile/reconsulter si PA hors cible

Autres :



BIOGENIQ La médecine personnalisée au service de votre patient

Prélèvement d'un seul
échantillon de salive

Remboursé par certains assureurs
privés lorsque prescrit

Services offerts avec ou sans ordonnance d'un médecin

POUR PRENDRE UN RENDEZ-VOUS CHEZ BIRON :

Montréal et environs : 514 866-6146
Sans frais : 1 800 463-7674
www.biron.ca

PATIENT

Omnimed_test	Jacques	M
Nom	Prénom	Sexe
1 Rue Alpha App. La Ligne 2		
Adresse	App.	
Btown	A1A1A1	
Ville	Code postal	
819 111-2233	819 111-3322 ext:	
Tél. (rés.)	Tél. (travail)	
(819) 111-3322		
Tél. (cell.)		
1911-11-11		
Date de naissance		

REQUÉRANT

Mikael, Hubert-Deschamps
Licence: 50232

Omnimed
160 rue Pope
Cookshire, A1A1A1
T:800 567-4808 F:888 780-6081

2020-08-06

Signature du médecin

Prescrit le

BILANS GÉNÉTIQUES

Si prescrits par un médecin, ces services sont non taxables.

Dépression

Antidépresseurs ISRS
Citalopram (CELEXA®)
Escitalopram (CIPRALEX®)
Fluoxétine (PROZAC®)
Fluvoxamine (LUVOX®)
Paroxétine (PAXIL®)
Sertraline (ZOLOFT®)

Antidépresseurs tricycliques
Amitriptyline (ELAVIL®)
Clomipramine (ANAFRANIL®)
Désipramine
Doxépine (SILENOR®, SINEQUAN®)
Imipramine
Nortriptyline (AVENTYL®)
Trimipramine

Antidépresseurs (autres)
Bupropion (WELLBUTRIN®, ZYBAN®)
Duloxétine (CYMBALTA®)
Mirtazapine (REMERON®)
Venlafaxine (EFFEXOR XR®)
Vortioxétine (TRINTELLIX®)

Anxiolytique
Diazépam (DIASSTAT®, VALIUM®)

Antipsychotiques

Aripiprazole (ABILIFY®)
Halopéridol (HALDOL®)
Perphénazine
Pimozide (ORAP®)
Risperidone (RISPERDAL®)
Zuclopenthixol (CLOPIXOL®)

Cancer

Azathioprine (IMURAN®)
Capécitabine (XELODA®)
Cisplatine
Fluorouracil (5-FU)
Mercaptopurine (PURINETHOL®)
Oxycodone (OXYNEO®, OXY.IR®)
Tacrolimus (ADVAGRAF®)
Tamoxifène (NOLVADEX®)
Thioguanine (LANVIS®)

Cardio

Acénocoumarol (SINTROM®)
Carvédilol
Clopidogrel (PLAVIX®)
Flécaïnide (TAMBOCOR®)
Métoprolol (LOPRESOR®)
Propafénone (RYTHMOL®)
Simvastatine (ZOCOR®)
Warfarine (COUMADIN®)

Douleur

Amitriptyline (ELAVIL®)
Célécoxib (CELEBREX®)
Codéine (ATASOL®)
Flurbiprofène
Oxycodone (OXYNEO®, OXY.IR®)
Tramadol (RALIVIA®, DURELA®)

TDAH

Psychostimulants
Amphétamine (ADDERALL XR®)
Dextroamphétamine (DEXEDRINE®)
Lisdexamfétamine (VYVANSE®)
Méthylphénidate (RITALIN®, CONCERTA®, BIPHENTIN®)

Divers

Gastroentérologie
Esomeprazole (NEXIUM®)
Lansoprazole (PREVACID®)
Pantoprazole (PANTOLOC®)
Oméprazole

Autres
Clobazam (FRISIUM®)
Galantamine (REMINYL ER®)
Phénytoïne (DILANTIN®)

Tétrabénazine (NITOMAN®)
Toltérodine (DETROL®)
Voriconazole (VFEND®)

Non psychostimulants
Atomoxétine (STRATTERA®)
Bupropion (WELLBUTRIN®, ZYBAN®)
Clonidine (CATAPRES®, DIXARIT®)
Guanfacine (INTUNIV XR®)
Risperidone (RISPERDAL®)

Note: Les noms commerciaux des médicaments sont fournis à titre indicatif seulement et ne constituent pas une liste exhaustive.

Le profil Nutrition inclut :

- Des recommandations nutriginétiques personnalisées selon le profil génétique.
- Une consultation avec une diététiste.

Nutrition

Charge glycémique	Gras saturés	Sodium
Caféine	Lactose	Vitamine C
Folate	Oméga-3	Vitamine D
Gluten/Maladie coeliaque		

Les analyses, les rapports et l'accompagnement sont réalisés par BIOGENIQ.

*La responsabilité de Biron se limite à la prise de rendez-vous,
la collecte de l'échantillon de salive, la facturation et le transport des échantillons chez BiogenIQ.*



BIOGENIQ Personalized medicine at the service of your patient

A single saliva sample Reimbursed by many private insurers when prescribed

Services offered with or without prescription

TO BOOK AN APPOINTMENT AT BIRON:

Montreal and area: 514 866-6146
Toll free: 1 800 463-7674
www.biron.ca

PATIENT

Omnimed_test	Jacques	M
Name	Surname	Sex
1 Rue Alpha App. La Ligne 2		
Address		
Btown	Apt.	A1A1A1
City		
819 111-2233	Postal Code	819 111-3322 ext:
Phone (Home)		
(819) 111-3322	Phone (Work)	
Phone (Cell)		
1911-11-11		
Date of birth (YYYY-MM-DD)		

PRESCRIBING DOCTOR

Mikael, Hubert-Deschamps
Licence: 50232

Omnimed
160 rue Pope
Cookshire, A1A1A1
T:800 567-4808 F:888 780-6081

2020-08-06

Physician's signature

date of prescription

GENETIC REPORTS

Services non-taxable if prescribed by a doctor.

Depression

SSRI Antidepressants
Citalopram (CELEXA®)
Escitalopram (CIPRALEX®)
Fluoxetine (PROZAC®)
Fluvoxamine (LUVOX®)
Paroxetine (PAXIL®)
Sertraline (ZOLOFT®)

Tricyclic Antidepressants
Amitriptyline (ELAVIL®)
Clomipramine (ANAFRANIL®)
Desipramine
Doxepin (SILENOR®, SINEQUAN®)
Imipramine
Nortriptyline (AVENTYL®)
Trimipramine

Antidepressants (Others)
Bupropion (WELLBUTRIN®, ZYBAN®)
Duloxetine (CYMBALTA®)
Mirtazapine (REMERON®)
Venlafaxine (EFFEXOR XR®)
Vortioxetine (TRINTELLIX®)

Anxiolytic
Diazepam (DIASTAT®, VALIUM®)

Antipsychotics

Aripiprazole (ABILIFY®)
Haloperidol (HALDOL®)
Perphenazine
Pimozide (ORAP®)
Risperidone (RISPERDAL®)
Zuclophenthixol (CLOPIXOL®)

Cancer

Azathioprine (IMURAN®)
Capecitabine (XELODA®)
Cisplatin
Fluorouracil (5-FU)
Mercaptopurine (PURINETHOL®)
Oxycodone (OXYNEO®, OXY.IR®)
Tacrolimus (ADVAGRAF®)
Tamoxifen (NOLVADEX®)
Thioguanine (LANVIS®)

Cardio

Acenocoumarol (SINTROM®)
Carvedilol
Clopidogrel (PLAVIX®)
Flecainide (TAMBOCOR®)
Metoprolol (LOPRESOR®)
Propafenone (RYTHMOL®)
Simvastatin (ZOCOR®)
Warfarin (COUMADIN®)

Pain

Amitriptyline (ELAVIL®)
Celecoxib (CELEBREX®)
Codéine (ATASOL®)
Flurbiprofen
Oxycodone (OXYNEO®, OXY.IR®)
Tramadol (RALIVIA®, DURELA®)

ADHD

Psychostimulants
Amphetamine (ADDERALL XR®)
Dextroamphetamine (DEXEDRINE®)
Lisdexamfetamine (VYVANSE®)
Methylphenidate (RITALIN®, CONCERTA®, BIPHENTIN®)

Non-psychostimulants
Atomoxetine (STRATTERA®)
Bupropion (WELLBUTRIN®, ZYBAN®)
Clonidine (CATAPRES®, DIXARIT®)
Guanfacine (INTUNIV XR®)
Risperidone (RISPERDAL®)

Miscellaneous

Gastroenterology
Esomeprazole (NEXIUM®)
Lansoprazole (PREVACID®)
Pantoprazole (PANToloc®)
Omeprazole

Others
Clobazam (FRISIUM®)
Galantamine (REMINYL ER®)
Phenytoin (DILANTIN®)

Tetrabenazine (NITOMAN®)
Tolterodine (DETROL®)
Voriconazole (VFEND®)

Please note: The brand or generic names of medications are supplied as examples and are not meant to be an exhaustive list.

Nutrition profile includes :

- Personalized recommendations according to the patient's genetic profile.
- A consultation with a registered dietician.

Nutrition

Glycemic load	Saturated fats	Sodium
Caffeine	Lactose	Vitamin C
Folate	Omega-3	Vitamin D
Gluten/Celiac Disease		

All analyses, reports and follow-ups are handled by BiogenIQ.

The responsibility of Biron is limited to appointment reservation, sample collection, billing and transport of samples to BiogenIQ.

Omnimed
160 rue Pope
Cookshire, A1A1A1
T:800 567-4808 F:888 780-6081

DR. Mikael, Hubert-Deschamps

50232



CDL
Laboratoires

STAT Échantillon prélevé par : _____ Date : YYYY / MM / DD Heure : HH / MM I.D. # : _____

NOM : Omnimed_test PRÉNOM : Jacques RAMQ # : OMNJ11111111

DATE DE NAISSANCE : 1911/11/11 SEXE : M F TÉLÉPHONE : Cell. 819 111-3322 DOSSIER : 99909910

BILANS

GÉNÉRAUX
BILAN BIOCHIMIE + FSC (C6CBC)
Urée, créatinine, électrolytes, glucose, FSC.

PROFIL COMPLET (CHP4)
Glucose, créatinine, urée, calcium, protéines totales, albumine, AST, ALT, GGT, phosphatase alcaline, acide urique, P04 inorganique, bilirubine totale, cholestérol, triglycérides, HDL & LDL cholestérol, électrolytes, analyse d'urine, hémogramme complet.
Options : CRP ultra-sensible (CRPHS)
Le patient doit être à jeun 12 heures

PROFIL GÉNÉRAL (CHP3)
Profil complet **sans cholestérol HDL & LDL**.
Options : CRP ultra-sensible (CRPHS)
Le patient doit être à jeun 12 heures

PROFIL ANÉMIE #3 (ANE3)
Hémogramme complet, réticulocytes, fer total, UIBC, TIBC, pourcentage de saturation, ferritine, vitamine B12 & acide folique.

HÉPATITE B AIGUE (HPBA)
HBsAg, HBsAb, HBeAb.
Options : HBeAb (HEAG) HBeAg (HBEG)

BILAN HÉPATIQUE #2 (AGOO2)
ALT, AST, bilirubine totale, bilirubine directe, alcaline phosphatase, GGT, lactate déshydrogénase

BILAN HEPATIQUE #1 (HEPA)
Hépatite A IgG, hépatite A IgM, hépatite A totale.

PROFIL BIOCHIMIE #3 (CHL3)
Glucose, créatinine, urée, calcium, protéines totales, albumine, AST, ALT, GGT, phosphatase alcaline, acide urique, P04 inorganique, bilirubine totale, cholestérol, triglycérides, électrolytes.
Options : CRP ultra-sensible (CRPHS)
 Cholestérol HDL & LDL (HDL, LDL, RISK, RSK2)
 Hémogramme complet (CBC)
 Analyse d'urine (URC)
Le patient doit être à jeun 12 heures

BILAN LIPIDIQUE (CVRKD)
Cholestérol total, triglycérides, cholestérol HDL, cholestérol LDL direct.
Options : Apolipoprotéine B (APOB)
 Protéine C-réact. US (CRPHS)

AUTRES TESTS

PROFIL COAGULATION (COAG)
PT, PTT, fibrinogène, hémogramme complet.

PROFIL FER (IRON)
Fer total, UIBC, TIBC, pourcentage de saturation,

PROFIL FER #7 (IRN7)
Ferritine, fer total, transferrine, protéine C-réactive.

PROFIL HÉPATIQUE (LIV1)
AST, ALT, GGT, bilirubine totale, phosphatase alcaline.

PROFIL MALADIE COÉLIAQUE (CELP)
Électrophorèse des protéines, anti-gliadine IgA, anti-transglutaminase IgA, immunoglobulines A.
Options : Ac anti-endomysiaux (AEML)
 Anti-gliadine IgG (GLIG) Anti-réticuline IgA (RTCL)

PROFIL THYROIDIEN (THY1)
TSH, T4 libre.
Options : Ac antithyroïdien (THAB) T3 libre (FT3)

PROFIL OSTÉOPOROSE #2 (OSTP)
Biochimie 3, TSH, PTH, ostéocalcine, urine 24h pour calcium et phosphate.
Options : C-télopeptides (CTPP)
 1,25 dihydroxy vitamine D (125D)
 25 hydroxy vitamine D (25D)

PROFIL ARTHRIQUE AVEC CCP (ART7)
Ac anti-nucléaire, peptide cyclique citrulliné, acide urique, protéine C-réactive, facteur rhumatoïde, vitesse de sédimentation.
Options : Antiphospholipides IgG (PHOG) IgM (PHOM)
 C3 et C4 (C3 & C4)

RHEUMATOLOGIE
 Anti-phospholipides IgG&IgM (PHOS)
 Ac anti-dsDNA (DNA)
 Anticorps TPO (TPO)
 Ac anti-mitochondriaux (AMA)
 Ac anti-muscle lisse (ASA)
 Anti-neutrophile-cytoplasmique (ANCA)
 Cryoglobuline (CRYO)
 Peptide cyclique citrulliné (CCPG)
 Dépistage ENA (ENA)
 Immunoglobulines GAM (IgG, IgA, IgM) (IMM)
 Lupus anticoagulant (LAGT)

COPIE CONFORME
Dr. : _____
Fax # : _____
Nom complet et adresse courriel ou # de télécopieur

LÉGENDE
♦ Veuillez utiliser la requête appropriée.
◊ Offert à notre siège social sur rendez-vous.

TESTS INDIVIDUELS

HORMONE
Cortisol (SCORT) AM PM
 DHEA-S (DH-S)
 FSH (FSH)
 B-HCG quantitatif (BHCG)
 Hormone de croissance (GH)
 Insuline (ISLN)
 LH (LH)
 TSH (TSH)
 Immunoglobuline inhibitrice de la Thyroïdine-Liante (TBII)

BIOCHIMIE
 Acide urique (URIC)
 Albumine (ALB)
 ALT (ALT)
 Amylase (AMYL)
 Analyse d'urine (URC)
 AST (AST)
 Apolipoprotéine B (APOB)
 Bicarbonate et CO₂ total (CO2P)
 Bilirubine totale (TBIL)
 Bilirubine directe (DBIL)
 Calcium (CA)
 Cholestérol HDL (HDL)
 Cholestérol total (CHOL)
 Créatine kinase (CK)
 Créatinine (CREA)
 Électrolytes NA, K, Cl (ELEC)
 Électrophorèse des protéines (SPEP)
 GGT (GGT)
 Glucose AC (ACGL)
 Glucose PC (PCGL)
Glucose AC & PC _____
 1h (ACPC1H) 2h (ACPC2H)

HÉMATOLOGIE
 Électrophorèse des Hb (HBEL)
 Groupe sanguin & Rh. (BLDT)
 Hémogramme complet (CBC)
 PT incluant INR (PT)
 PTT (PTT)
 Réticulocytes (RTIC)
 Recherche d'anticorps (Coombs indirect) (ABSNI)
 Sédimentation (SEDI)

MICROBIOLOGIE
 CDIF gène de la toxine (CDIF)
Chlamydia par PCR
 PCR (CMPC) Urine(CMPC)
 Chlamydia & gono par PCR (CGPCR)
Source : _____
 Culture cervicale (CULC)
 Culture Strep B (VAGS)
 Culture de gorge (CULT) spécifier _____
 Culture de selles (CULS)
 Culture vaginale (CULV)
Gonorrhée par PCR
 PCR (GONO) Urine (GONOU)
 Œufs et parasites (PARA) _____ de 3
 Profile Strep A + culture de gorge (STPP)
 Positif Négatif

Ce test a été effectué au bureau du médecin référent
 Strep A, C & G PCR (STPCR)
 Strep Rapide Groupe A (STRP)

ENDOCRINOLOGIE
 Anticorps antithyroïdien (THAB)
 Antigène prostatique spécifique (PSA)
 Antigène carcino-embryonnaire (CEA)
 β-HCG quantitatif (BHCG)
 β-HCG qualitatif (PREG)
 Ca 125 (C125)
Cortisol (SCORT) AM PM
 Cortisol urine 24h (CORU)
 DHEA-S (DH-S)
 Estradiol (ESTR)
 Ferritine (FERR)
 FSH & LH (FERT)
 HbA1c (GLHBP)
 H. Pylori sérum (HELI)
 Progesterone (PROG)
 Prolactine (PRLA)
 PTH (PTH)
 Testostérone biodisponible (TESBC)
 Testostérone libre (TESFC)
 Testostérone totale (TEST)
 TSH (TSH)
 T3 libre (FT3)
 T4 libre (FT4)
 Vitamine B12 & acide folique (FA12)

SÉROLOGIE
 ANA (ANA)
 Facteur rhumatoïde (RA)
 HAV IgM (HAVM)
 HAV IgG (HAVG)
 HBCAb total (HBCT)
 HBsAb (HBAB)
 HBsAg (HSAG) ♦
 HCV (HEPC) ♦
 Herpès 1 & 2 IgM (HSVM)
 H. Pylori sérum (HELI)
 H. Pylori respiratoire (HPBT) ♦
 Mononucléose (MONO)
 Rubéole IgG (RUBE)
 Syphilis (SYPEIA) ♦
 Toxoplasmose IgG (TOXG)
 Toxoplasmose IgM (TOXM)
 Varicelle IgG (VARG)
 VIH (HIV) ♦

URINES
 Analyse d'urine (URC)
 Culture d'urine (CULU)
 Culture & analyse d'urine (URC+)
 Microalbuminurie (ACU)

Nom du médecin & n° de licence : **Mikael, Hubert-Deschamps50232** Date : 2020-08-06 Signature : _____

Le patient reconnaît que la majorité des services offerts à CDL le sont aussi dans les institutions de santé publiques. Le patient reconnaît également que les analyses effectuées par les Laboratoires CDL sont des examens privés, et par conséquent, ne sont pas des services couverts par la régie de l'assurance maladie du Québec.

CYTOLOGIE GYNÉCOLOGIQUE

À REMPLIR PAR LE REQUÉRANT

DATE: 2020-08-06
NOM À LA NAISSANCE: Omnimed_test
PRÉNOM: Jacques
PRÉNOM DU PÈRE: Mario 1
DATE DE NAISSANCE: 1911-11-11
ANNÉE MOIS JOUR
R.A.M.Q.: OMNJ11111111
MÉDECIN: Mikael, Hubert-Deschamps (4502324)
Omnimed

SPÉCIMEN ANTÉRIEUR NON OUI NO: _____ ANNÉE: _____

TYPE DE PRÉLÈVEMENT: VAGINAL CERVICAL ENDOCERVICAL CYTOBROSSE SPATULE

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES:

Début des dernières menstruations _____ (an / mois / jour) Enceinte de _____ semaines
Ménopause à l'âge de _____ ans Postpartum de _____ semaines
 Anovulants Irradiation pelvienne Métrorragies
 Hormones Chimiothérapie Autre: _____
 Stérilet Hystérectomie

REMARQUES:

COMPTE RENDU DE L'EXAMEN DE CYTOLOGIE GYNÉCOLOGIQUE

QUALITÉ DE PRÉLÈVEMENT

Adéquat
 Adéquat mais limité par: acellulaire sang séché inflammation hypocellulaire autre _____
 Inadéquat à cause de: absence de matériel de la zone de transformation absence de renseignements cliniques

ABSENCE DE CELLULES NÉOPLASIQUES

PRÉSENCE DE MICRO-ORGANISMES COMPATIBLES AVEC:

Coccobacilles Champignons / levures Trichomonas vaginalis Autre: _____

CHANGEMENTS CELLULAIRES RÉACTIONNELS DUS À:

Inflammation Vaginite atrophique Irradiation Post partum Non spécifiques
 Réparation Herpès simplex Autre: _____ Contraceptif intra-utérin

ALTÉRATIONS CELLULAIRES POUR LESQUELLES UN SUIVI EST RECOMMANDÉ:

Altérations des cellules pavimenteuses de signification indéterminée (ASCUS): Probablement réactionnelles Possibilité de lésion intraépithéliale
 Lésion intraépithéliale pavimenteuse de bas grade (équivalences: LSIL, infection par le papillomavirus, dysplasie légère, NIC I)
 Lésion intraépithéliale pavimenteuse de haut grade (équivalences: HSIL, dysplasie modérée ou sévère, carcinome in situ, NIC II/III)
 Carcinome épidermoïde invasif
 Présence de cellules endométriales
 Altérations des cellules glandulaires de signification indéterminée (AGCUS): cellules endocervicales probablement réactionnelles cellules endométriales probablement néoplasiques
 Adénocarcinome Endocervical Endométrial Autre: _____

RECOMMANDATION:

Recommandons un contrôle dans _____ mois Recommandons un contrôle immédiat
 Recommandons un examen colposcopique Recommandons un contrôle après traitement de l'infection

Spécimen no. _____ Nombre de frottis _____ Reçu le _____ Réponse le _____

REMARQUES:

8000656 (2004-06)

PATHOLOGISTE: _____

À L'USAGE DU SERVICE

REQUÉRANT		URGENCE MÉDICALE
Mikael, Hubert-Deschamps Omnimed 160 rue Pope Cookshire, A1A1A1 T:800 567-4808 F:888 780-6081		<input type="checkbox"/> (STAT)
Signature du médecin traitant requise _____ 50232 2020-08-06 <small>Licence Date</small>		RAPPORT <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais

PATIENT	RENSEIGNEMENTS CLINIQUES (OBLIGATOIRES)
Nom : <u>Omnimed_test, Jacques</u> D.D.N. : <u>1911 / 11 / 11</u> Tél. : <u>819 111-2233</u> Courriel : <u>jacques.omnimedtest@omnimed.com</u> <input type="checkbox"/> CSST <input type="checkbox"/> SAAQ <input type="checkbox"/> Enceinte <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Tech. : _____ Nbre expo. : _____ Fluoro. : _____ min. _____ sec. _____

LES NUMÉROS INDIQUENT QUE VOTRE EXAMEN NÉCESSITE UNE PRÉPARATION. VOIR LES INDICATIONS SE RAPPORTANT AU NUMÉRO AU VERSO.

RADIOLOGIE GÉNÉRALE (sans rendez-vous)

POUMONS – THORAX – ABDOMEN	TÊTE ET COU	COLONNE ET BASSIN	MEMBRES SUPÉRIEURS	MEMBRES INFÉRIEURS
<input type="checkbox"/> Poumons <input type="checkbox"/> Thorax <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> Sternum <input type="checkbox"/> Abdomen	<input type="checkbox"/> Crâne <input type="checkbox"/> Sinus <input type="checkbox"/> Massif facial <input type="checkbox"/> Max. inférieur <input type="checkbox"/> Cavum (tissus mous du cou) <input type="checkbox"/> Nez <input type="checkbox"/> Orbites <input type="checkbox"/> Mastoïdes <input type="checkbox"/> A.T.M.	<input type="checkbox"/> Cervicale <input type="checkbox"/> Dorsale <input type="checkbox"/> Lombo-sacrée <input type="checkbox"/> Art. sacro-iliaques <input type="checkbox"/> Bassin <input type="checkbox"/> Hanche <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> Sacrum <input type="checkbox"/> Coccyx <input type="checkbox"/> Série scoliotique	<input type="checkbox"/> Art. acromio-clav. <input type="checkbox"/> Art. sterno-clav. <input type="checkbox"/> Âge osseux <input type="checkbox"/> Clavicule <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> Omoplate <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> Épaule <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> Humérus <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> Coude <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> Avant-bras <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> Poignet <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> Main <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G Doigt (précisez) : _____	<input type="checkbox"/> Fémur <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> Genou <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> Jambe <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> Cheville <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> Pied <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G Orteil (précisez) : _____ <input type="checkbox"/> Orthodiagraphie (mesure membres inf.)
EXAMENS SPÉCIAUX				
<input type="checkbox"/> Série articulaire <input type="checkbox"/> Série métastatique <input type="checkbox"/> Autre : _____				

MAMMOGRAPHIE / OSTÉODENSITOMÉTRIE (avec rendez-vous)

<input type="checkbox"/> Diagnostique (renseignements cliniques essentiels) ④ <input type="checkbox"/> Agrandissements / Clichés complémentaires ④ <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G	<input type="checkbox"/> Dépistage 50 à 69 ans (PQDCS) ④ <input type="checkbox"/> Dépistage 35 à 49 ans, 70 ans et plus ④	
<input type="checkbox"/> Ostéodensitométrie ⑤ Date du dernier examen : <u>AAAA / MM / JJ</u> (incluant colonne dorso-lombaire de profil)		

FLUOROSCOPIE (avec rendez-vous)

DIGESTIVE	MUSCULOSQUELETTIQUE
<input type="checkbox"/> Oesophage <input type="checkbox"/> Lavement baryté <input type="checkbox"/> Repas baryté D.C. <input type="checkbox"/> Grêle <input type="checkbox"/> Pharynx + œsophage (déglutition)	<input type="checkbox"/> Arthrographie distensive <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> Arthrographie thérapeutique (infiltration) <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G Spécifiez : _____ <input type="checkbox"/> Bloc facettaire <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G Niveau (x) : _____

ÉCHOGRAPHIE (avec rendez-vous)

<input type="checkbox"/> Abdominale ⑥ <input type="checkbox"/> Abdominale et pelvienne ⑥ <input type="checkbox"/> Pelvienne trans-vésicale (et endo-vaginale si nécessaire) ⑦ A <input type="checkbox"/> Transfontanelle <input type="checkbox"/> Médullaire	<input type="checkbox"/> Thyroïde <input type="checkbox"/> Cardiaque* <input type="checkbox"/> Surface <input type="checkbox"/> Musculosquelettique: _____	<input type="checkbox"/> Mammaire <input type="checkbox"/> Testicules <input type="checkbox"/> Infiltration
--	---	---

OBSTÉTRIQUE (avec rendez-vous)

<input type="checkbox"/> Obstétricale du 1 ^{er} trimestre (cœur fœtal et datation) ⑦ C <input type="checkbox"/> Obstétricale 2 ^e trimestre ⑦ <input type="checkbox"/> Obstétricale 3 ^e trimestre ⑦ <input type="checkbox"/> Dépistage prénatal (clarté nucale) ⑦ B
--

ÉCHO-DOPPLER (avec rendez-vous)**

VEINEUX	ARTÉRIEL	AUTRES
<input type="checkbox"/> Recherche de thrombose (phlébite) <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> Membres supérieurs <input type="checkbox"/> Membres inférieurs <input type="checkbox"/> Membres inférieurs, évaluation pour insuffisance veineuse <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G	<input type="checkbox"/> Recherche d'anévrisme <input type="checkbox"/> Membres supérieurs <input type="checkbox"/> Membres inférieurs (incluant ITH)	<input type="checkbox"/> Carotidien <input type="checkbox"/> Rénal

TOMODENSITOMÉTRIE (scan) ⑧ (avec rendez-vous)***

<input type="checkbox"/> Crâne <input type="checkbox"/> Orbites <input type="checkbox"/> C.A.I. <input type="checkbox"/> Sinus	<input type="checkbox"/> Mastoïdes <input type="checkbox"/> Tissus mous du cou <input type="checkbox"/> Thorax <input type="checkbox"/> Score calcique	<input type="checkbox"/> Dépistage de nodules pulmonaires <input type="checkbox"/> Abdomen <input type="checkbox"/> Pelvien <input type="checkbox"/> Tissus adipeux viscéraux (TAV)	<input type="checkbox"/> Coloscopie virtuelle <input type="checkbox"/> Rachis _____ <input type="checkbox"/> Ostéo-articulaire _____	<input type="checkbox"/> Angioscan <input type="checkbox"/> Cérébral <input type="checkbox"/> Cérébral <input type="checkbox"/> Carotidien <input type="checkbox"/> Abdominal <input type="checkbox"/> Arthro-scan
Créatinine ⑩ : Valeur de réf. : _____			Date : _____	

RÉSONANCE MAGNÉTIQUE ⑩ (avec rendez-vous)***

<input type="checkbox"/> Cérébrale <input type="checkbox"/> C.A.I. <input type="checkbox"/> Orbites	<input type="checkbox"/> Massif facial <input type="checkbox"/> A.T.M. <input type="checkbox"/> Cou <input type="checkbox"/> Plexus brachial	<input type="checkbox"/> Thorax <input type="checkbox"/> Mammaire <input type="checkbox"/> Abdominale <input type="checkbox"/> Prostate	<input type="checkbox"/> Colonne cervicale <input type="checkbox"/> Colonne dorsale <input type="checkbox"/> Colonne lombaire <input type="checkbox"/> Colonne complète	<input type="checkbox"/> Musculosquelettique Épaule <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G Hanche <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G Coude <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G Genou <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G	<input type="checkbox"/> Angio-résonance <input type="checkbox"/> Cérébrale <input type="checkbox"/> Abdominale <input type="checkbox"/> Cholangio-résonance <input type="checkbox"/> Arthro-IRM
Autre (spécifiez) : _____			Créatinine ⑩ : Valeur de réf. : _____	Date : _____	

* Des frais s'appliquent pour cet examen, car il est interprété par un cardiologue et non par un radiologue.
 ** Des frais peuvent s'appliquer si l'examen est interprété par un professionnel de la santé autre qu'un radiologue.
 *** Des frais s'appliquent pour ces examens.

Résonance magnétique - Questionnaire important à remplir par le médecin et le patient

Nom : Omnimed_test Prénom : Jacques D.D.N. 1911-11-11

Oui Non

Le patient est porteur de :

- stimulateur cardiaque (pacemaker)
- clip(s) métallique(s) cérébral, cou, aorte ; précisez _____
- implant(s) métallique(s) ou autre ; précisez _____
- prothèse(s) : Auditive, oculaire, dentaire, capillaire, articulaire, autre; précisez _____
- tige(s), plaque(s), clou(s), vis, suite à une fracture ou chirurgie ; précisez _____
- perçage(s) corporel(s) (body piercing)
- tatouage(s)
- Autre(s) ; veuillez préciser _____

Le patient :

- a subi une chirurgie dans les 12 dernières semaines.
- est claustrophobe (si oui, prévoir médication).
- est enceinte. Nb de semaine _____
- a des allergies; précisez _____
- fait du glaucome.
- a déjà été blessé aux yeux par un objet métallique; précisez _____
- a déjà passé un examen de résonance magnétique; précisez _____

Poids du patient : _____ Taille du patient : _____

J'ai complété le questionnaire ci-dessus avec mon médecin. Je confirme que les renseignements sont exacts et je consens à passer l'examen de résonance magnétique.

Date : 2020-08-06 Signature du médecin : _____ Signature du patient : _____

Apportez cette feuille le jour de l'examen et votre carte d'assurance-maladie. S.V.P. Vérifiez la date d'expiration de votre carte.
Si vous êtes ou croyez être enceinte, veuillez avertir le technologue AVANT votre examen.

S.V.P. SUIVRE LES INDICATIONS SUIVANTES - Pour les personnes de plus de 12 ans

① OESOPHAGE - REPAS BARYTÉ et/ou GRÊLE

Aucun aliment solide ou liquide ne doit être absorbé après 20 h le soir précédant l'examen, mais l'eau est permise jusqu'à minuit. Ne pas fumer ou mâcher de la gomme. L'examen de l'intestin grêle peut durer de 30 minutes à 3 heures.

② LAVEMENT BARYTÉ

Au moins deux jours avant l'examen, procurez-vous le produit « Bi-Peglyte – 2 sachets » à la pharmacie. Veuillez suivre la préparation qui se trouve sur notre site internet.*

③ ARTHROGRAPHIE THÉRAPEUTIQUE (infiltration)

Le jour de l'infiltration, apporter CD / films de tout examen antérieur pertinent passé au cours des 6 derniers mois, incluant une copie des rapports. **Blocs foraminaux lombaires : pour votre sécurité, veuillez être accompagné d'une personne qui conduit pour votre retour.**

④ MAMMOGRAPHIE

Ne pas utiliser de poudre, désodorisant, parfum ou crème avant votre examen. Apportez les films et les rapports de votre mammographie antérieure faite ailleurs pour fin de comparaison.

⑤ OSTÉODENSITOMÉTRIE

Aucun examen avec baryum ou en médecine nucléaire ne doit avoir été subi au moins 14 jours avant votre rendez-vous. **NE PAS PRENDRE DE SUPPLÉMENTS DE CALCIUM OU VITAMINES 48 HEURES AVANT LE JOUR DE L'EXAMEN.**

⑥ ÉCHOGRAPHIE ABDOMINALE

Si l'examen a lieu en matinée, **aucun aliment solide ou liquide ne doit être absorbé après minuit.** Si l'examen a lieu en après-midi, **aucun aliment solide ou liquide ne doit être absorbé de 4 à 6 heures avant l'examen et surtout, ne pas manger de gras le matin de votre examen.** Ne mâchez pas de gomme, car ceci vous fera avaler de l'air et dégradera la qualité de l'examen*.

(VOS MÉDICAMENTS PEUVENT ÊTRE PRIS AVEC UN MINIMUM D'EAU)

⑦ ÉCHOGRAPHIE

⑦ A - Échographie pelvienne : Vous devez vous assurer d'avoir la **VESSIE PLEINE** lors de votre arrivée au rendez-vous. Avoir terminé de boire 3 verres de 8 onces (750 ml) d'eau ou de jus 60 minutes avant l'examen et **ne pas uriner.**

⑦ B - Dépistage prénatal (clarté nucale) : aucune préparation nécessaire, **ne pas uriner** avant l'examen.

⑦ C - Échographie obstétricale : Pour le 1er trimestre et 18-20 semaines : boire 2 verres de 8 onces d'eau ou de jus, 1 h avant l'examen et **ne pas uriner.** Pour 21 semaines et plus : boire 1 verre d'eau de 8 onces d'eau ou de jus, 1 h avant l'examen et **ne pas uriner*.**

⑧ ÉCHOGRAPHIE ABDOMINALE ET PELVIENNE

Si l'examen a lieu en matinée, aucun aliment solide ou liquide ne doit être absorbé après minuit. Ne mâchez pas de gomme. Avoir terminé de boire 3 verres de 8 onces d'eau ou de jus 60 minutes avant l'examen et ne pas uriner. Vous devez vous assurer d'avoir la vessie pleine lors de votre arrivée au rendez-vous.

Si l'examen a lieu en après-midi, **aucun aliment solide ou liquide ne doit être absorbé de 4 à 6 heures avant**

l'examen. Ne pas manger de gras le jour de l'examen. Ne mâchez pas de gomme. Avoir terminé de boire 3 verres de 8 onces d'eau ou de jus 60 minutes avant l'examen et ne pas uriner. Vous devez vous assurer d'avoir la vessie pleine lors de votre arrivée au rendez-vous.

(VOS MÉDICAMENTS PEUVENT ÊTRE PRIS AVEC UN MINIMUM D'EAU)

⑨ TOMODENSITOMÉTRIE (scan)

À jeun depuis au moins 4 heures (à moins d'avoir contraire). Apporter les clichés d'examen radiologiques antérieurs pertinents (e.g. crâne, colonne, pyléographie, région ostéo-articulaire, etc.). **Scan avec injection de contraste : Veuillez indiquer si le patient est à risque d'insuffisance rénale (âge, diabète, etc.) Créatinine : Valeur de réf. _____**
Date : _____

COLOSCOPIE VIRTUELLE : Veuillez suivre la préparation qui se trouve sur notre site internet*.

⑩ RÉSONANCE MAGNÉTIQUE

Apporter CD ROM et / ou films de tout examen antérieur pertinent, passé au cours de la dernière année, incluant une copie des rapports. **Pour les examens Abdomen, Cholangio-résonance et Pelvienne, il faut être à jeun (boire et manger) 6 heures avant votre examen.**

⑪ CRÉATININE

Le test de la clairance de la créatinine est offert sur place la journée même. Des frais s'appliqueront.

VOS POUVEZ PRENDRE VOS MÉDICAMENTS AVEC UN MINIMUM D'EAU, JUSQU'À 2 HEURES AVANT VOTRE EXAMEN.

*Les préparations pour les examens sont disponibles sur imagixmedical.com/preparation

OÙ NOUS TROUVER

GRANBY
Radiologie Granby
66, rue court, bur. 100
J2G 4Y5

LAVAL - LAURENTIDES
Radiologie Blainville
519, boul. Curé-Labelle
J7C 2H6

Radiologie Chomedey
610, boul. Curé-Labelle
H7V 2T7

Radiologie Saint-Eustache
75, rue Grignon, bureau 18
J7P 4J2

Radiologie Sainte-Thérèse
233, rue Turgeon, bureau 104
J7E 3J8

MONTRÉAL
Radiologie Cabrini
5700, rue Saint-Zotique Est
Bureau 101
H1T 3Y7

Radiologie Montréal-Nord
5632, boul. Henri-Bourassa Est
H1G 2T2

Radiologie Laënnec
1100, avenue Beaumont, bureau 104
H3P 3H5

Radiologie Saint-Laurent
1605 boul. Marcel-Laurin, bureau 290
H4R 0B7

MONTÉRÉGIE
Radiologie Boucherville
600, Fort St-Louis, bureau 202
J4B 1S7

Radiologie Brossard
2340, boul Lapinière, local A
J4Z 2K7

Radiologie Châteauguay
230, boulevard Brisebois, local 201
J6K 4W8

Radiologie DIX30 (partenariat)
9090, boul. Leduc, bureau 190
J4Y 0E2

TROIS-RIVIÈRES
Radiologie des Récollets
1900, boul. des Récollets, suite 185
G8Z 4K4

T 819 373-1603
F 819 373-1604

Télécopieur : 514 738-1883
imagixmedical.com



PATIENT

Nom: Omnimed_test, Jacques
 RAMQ #: OMNJ11111111 Date de naissance: 11 / 11 / 1911
 Tél. 1: 819 111-2233 Tél. 2: 819 111-3322 ext:
 Rendez-vous le: _____ j/m/aaaa

MÉDECIN TRAITANT

Date: 06 / 08 / 2020 No. Permis: 50232
 Nom et adresse (estampe):
Mikael, Hubert-Deschamps
 Omnimed
 160 rue Pope, Cookshire, A1A1A1
 Rapport: Courrier Fax No.: 888 780-6081
 Veuillez remettre les films (CD) au patient, des frais de 10\$ s'appliquent.

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES S.V.P.

AUTRES EXAMENS

NOS CENTRES

MONTRÉAL

- RADIOLOGIX ANGUS**
4101 Molson, bureau 103
Montréal, Québec H1Y 3L1
T. 514-228-5153 / F. 514-228-5164
- RADIOLOGIX FLEURY**
2320 rue Fleury Est, bureau 101
Montréal, Québec H2B 1K9
T. 514-389-3508 / F. 514-389-7774
- RADIOLOGIX HOCHELAGA**
8695 rue Hochelaga, bureau 101
Montréal, Québec H1L 6J5
T. 514-353-5730 / F. 514-353-4729
- RADIOLOGIX JEAN-TALON/BÉLANGER**
1470 rue Bélanger Est
Montréal, Québec H2G 1A7
T. 514-274-5449 / F. 514-274-2798
- RADIOLOGIX VERDUN-BANNANTYNE**
4475 rue Bannantyne, bureau 102
Montréal, Québec H4G 1E2
T. 514-761-7109 / F. 514-761-1813
- RADIOLOGIX RIVIÈRE-DES-PRAIRIES**
8260, boul. Maurice-Duplessis,
bureau 204
Montréal QC H1E 3A3
T. 514 587-6042 / F. 514 643-3919

LAVAL

- RADIOLOGIX FABREVILLE**
380 boulevard Curé-Labelle, bureau 101
Laval, Québec H7P 5J3
T. 450-622-4323 / F. 450-963-2852
- RADIOLOGIX ST-VINCENT**
1110 boulevard Vanier
Laval, Québec H7C 2R8
T. 450-661-3860 / F. 450-661-6790

LAURENTIDES

- RADIOLOGIX ST-SAUVEUR**
70 rue Principale
St-Sauveur, Québec J0R 1R6
T. 450-227-4000 / F. 450-227-7503

MONTRÉGIE

- RADIOLOGIX SOREL**
3215 rue des Erables
Sorel-Tracy, Québec J3R 2W6
T. 450-742-0433 / F. 450-742-0435

CENTRE DU QUÉBEC

- RADIOLOGIX DES BOIS-FRANCS**
39 Rue Laurier Est, bureau 6
Victoriaville, Québec G6P 6P6
T. 819-357-2523 / F. 819-357-1781

SANS RENDEZ-VOUS

TÊTE ET COU	COLONNE ET BASSIN	MEMBRES SUPÉRIEURS	MEMBRES INFÉRIEURS	THORAX - ABDOMEN	DIVERS
<input type="checkbox"/> Crâne <input type="checkbox"/> Selle turcique <input type="checkbox"/> Massif facial <input type="checkbox"/> Nez <input type="checkbox"/> Art. temporo-mand <input type="checkbox"/> Tissus mous du cou <input type="checkbox"/> Maxillaire inférieur <input type="checkbox"/> Cavum	<input type="checkbox"/> Cervicale <input type="checkbox"/> Dorsale <input type="checkbox"/> Lombo-sacrée <input type="checkbox"/> Sacrum/Coccyx <input type="checkbox"/> Sacro-iliaques <input type="checkbox"/> Bassin	D G <input type="checkbox"/> Clavicule <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Omoplate <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Épaule <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Humérus <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Coude <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Avant-bras <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Poignet <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Main <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Art. acromio-claviculaire	D G <input type="checkbox"/> Hanche <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fémur <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Genou <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Jambe <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Cheville <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pied <input type="checkbox"/>	D G <input type="checkbox"/> Thorax <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sternum <input type="checkbox"/> Abdomen POUMONS - SINUS <input type="checkbox"/> Sinus <input type="checkbox"/> Poumons	<input type="checkbox"/> Série articulaire <input type="checkbox"/> Série osseuse <input type="checkbox"/> Série scoliothique <input type="checkbox"/> Âge osseux <input type="checkbox"/> Orthodiagraphie (Mesure des membres inférieurs) <input type="checkbox"/> Autres:

AVEC RENDEZ-VOUS

FLUOROSCOPIE	ÉCHOGRAPHIE	MAMMOGRAPHIE
<input type="checkbox"/> Déglutition + œsophage <input type="checkbox"/> Repas baryté <input type="checkbox"/> Grêle <input type="checkbox"/> Lavement baryté <input type="checkbox"/> Arthrographie: _____ <input type="checkbox"/> Infiltration: _____ <input type="checkbox"/> Bloc facettaire: _____	Non couvert par la RAMQ. D G <input type="checkbox"/> Sein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Musculo-squelettique: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Abdominale <input type="checkbox"/> Pelvienne <input type="checkbox"/> Thyroïde <input type="checkbox"/> Surface <input type="checkbox"/> Autres: _____	La patiente doit apporter ses mammographies antérieures. <input type="checkbox"/> Dépistage (Plus de 40 ans) <input type="checkbox"/> Diagnostique* * Renseignements cliniques essentiels DROIT GAUCHE <input type="checkbox"/> Cochez si vous désirez que nous complétions l'investigation suite à la mammographie. (L. Magnétisme ou échographie mammaire - Nous communiquerons avec votre patiente afin de lui donner un rendez-vous pour les examens requis. Vous recevrez, par la suite, les résultats des examens effectués.)
OSTÉODENSITOMÉTRIE*		
<input type="checkbox"/> Ostéodensitométrie (Incluant colonne dorso-lombaire de profil). * La RAMQ couvre un seul examen par année.		
TOMODENSITOMÉTRIE (SCAN)	RÉSONANCE MAGNÉTIQUE	
<input type="checkbox"/> Crâne <input type="checkbox"/> Orbites <input type="checkbox"/> C.A.I. <input type="checkbox"/> Sinus <input type="checkbox"/> Pelvien <input type="checkbox"/> Abdomen <input type="checkbox"/> Abdomen et pelvien	<input type="checkbox"/> Mastoïdes <input type="checkbox"/> Thorax <input type="checkbox"/> Abdomen et pelvien <input type="checkbox"/> Tissus mous du cou <input type="checkbox"/> Score calcique <input type="checkbox"/> Coloscopie virtuelle <input type="checkbox"/> Dépistage de nodules pulmonaires	<input type="checkbox"/> Rachis <input type="checkbox"/> Ostéo-articulaire <input type="checkbox"/> Autres: _____ <input type="checkbox"/> Angioscan <input type="checkbox"/> Cérébral <input type="checkbox"/> Carotidien <input type="checkbox"/> Abdominal
	<input type="checkbox"/> Cérébrale <input type="checkbox"/> Hypophyse <input type="checkbox"/> C.A.I. <input type="checkbox"/> Orbites <input type="checkbox"/> Massif facial <input type="checkbox"/> A.T.M. <input type="checkbox"/> Cou <input type="checkbox"/> Thorax	<input type="checkbox"/> Plexus brachial <input type="checkbox"/> Abdominale <input type="checkbox"/> Pelvienne <input type="checkbox"/> Colonne cervicale <input type="checkbox"/> Colonne dorsale <input type="checkbox"/> Colonne lombaire <input type="checkbox"/> Colonne complète <input type="checkbox"/> Charnière crânio-vertébrale <input type="checkbox"/> Ostéo-articulaire (ex: main, pied, etc.) <input type="checkbox"/> Angio-résonance <input type="checkbox"/> Cérébrale <input type="checkbox"/> Abdominale <input type="checkbox"/> Cholangio-résonance <input type="checkbox"/> Autres: _____



NOS PARTENAIRES

MONTRÉAL

RADIOLOGIE BOIS-DE-BOULOGNE
1575, Boul. Henri-Bourassa O.
Montréal, Québec H3M 3A9
T. 514-331-8212

LÉGER ET ASSOCIÉS

1851, rue Sherbrooke E.
Montréal, Québec H2K 4L5
T. 514-523-2121

MONTRÉRIE

RADIOLOGIE MONTRÉRIE
150, Place Charles-Le Moyne
Longueuil, Québec J4K 0A8
T. 450-674-0909

RADIOLOGIX.CA

QUESTIONNAIRE - RÉSONANCE MAGNÉTIQUE IMPORTANT À REMPLIR PAR LE MÉDECIN ET LE PATIENT

Nom: Omnimed_test Prénom: Jacques D.D.N. 11 / 11 / 1911 Poids: _____ Taille: _____

OUI NON

- Le patient est porteur d'un stimulateur cardiaque (pacemaker)
 Le patient est porteur de clip(s) métallique(s) cérébral, cou, aorte; précisez _____
 Le patient est porteur d'implant(s) métallique(s) ou autre(s); précisez _____
 Le patient est porteur de prothèse(s): auditive(s), oculaire(s), dentaire(s), capillaire(s), articulaire(s), autre(s); précisez _____
 Le patient est porteur de tige(s), plaque(s), clou(s), vis, suite à une fracture ou chirurgie; précisez _____
 Le patient est porteur de perçage(s) corporel(s) (body piercing)
 Le patient est porteur de tatouage(s)
 Le patient est porteur d'autre(s) ... ; précisez _____
 Le patient a subi une chirurgie dans les 12 dernières semaines; précisez _____
 Le patient est claustrophobe; si oui prévoir médication.
 La patiente est enceinte; précisez le nombre de semaines _____
 Le patient a des allergies; précisez _____
 Le patient fait du glaucome
 Le patient a déjà été blessé aux yeux par un objet métallique; précisez _____
 Le patient a déjà passé un examen de résonance magnétique; précisez _____

J'ai complété le questionnaire ci-dessus avec mon médecin. Je confirme que les renseignements sont exacts et je consens à passer l'examen de résonance magnétique.

Date: 06 / 08 / 2020 Signature du médecin: _____ Signature du patient: _____

PRÉPARATION

1. REPAS BARYTÉ, ŒSOPHAGE ET/OU GRÊLE - UPPER G.I., ESOPHAGUS AND/OR SMALL BOWEL

8 heures avant l'examen, ne pas boire, ne pas manger, ni fumer.
Si le rendez-vous est en après-midi : Déjeuner léger à 6h00 am (pain grillé, confiture et breuvage).
Do not drink, eat or smoke for 8 hours before your examination. Afternoon appointment: Light breakfast at 6 a.m. (toast, jam and beverage)

2. LAVEMENT BARYTÉ - BARYUM ENEMA

Se procurer le nécessaire Purg-Odan (évacuant intestinal) à la pharmacie et suivre les instructions du fabricant. Commencer la préparation le matin le jour précédent l'examen. **Avisez la réception si diabétique.** Pour plus de précision, n'hésitez pas à nous contacter.
Buy a Purg-Odan (bowel evacuant kit) at the drugstore. Follow the instructions included in the package. Start the preparation in the morning on the day preceding the exam. Notify front desk if Diabetic. For more information, please contact us.

3. ÉCHOGRAPHIE - ULTRASOUND

A) ABDOMINALE ET PELVIENNE - ABDOMINAL AND PELVIC

Finir de boire 3 grands verres (700ml) de liquide, eau, jus, café, etc., 1h30 avant l'heure de votre rendez-vous. Ne pas manger. Ne pas uriner avant l'examen.
Drink 3 glasses (700ml) of liquid, water, juice, coffee, etc., 1h30 before your appointment. Do not eat. Do not empty your bladder until the end of your examination

B) PELVIENNE - PELVIC

Finir de boire 3 grands verres (700ml) de liquide, eau, jus, café, etc., 1h30 avant l'heure de votre rendez-vous. Vous pouvez manger. Ne pas uriner avant l'examen.
Drink 3 glasses (700ml) of liquid, water, juice, coffee, etc., 1h30 before your appointment. You may eat. Do not empty your bladder until the end of your examination.

C) OBSTÉTRICALE JUSQU'À 13 SEMAINES - OBSTETRICAL BEFORE 13 WEEKS

Finir de boire 3 grands verres (700ml) de liquide, eau, jus, café, etc., 1h30 avant l'heure de votre rendez-vous. Vous pouvez manger. Ne pas uriner avant l'examen.
Drink 3 glasses (700ml) of liquid, water, juice, coffee, etc., 1h30 before your appointment. You may eat. Do not empty your bladder until the end of your examination.

D) ABDOMINALE - ABDOMINAL

Ne pas boire, ni manger au moins 5 heures avant l'examen.
Do not drink nor eat at least 5 hours before your examination.

4. MAMMOGRAPHIE - MAMMOGRAM

Ne pas utiliser de poudre, déodorant, parfum ou crème avant votre examen. Seul le savon est permis.
Do not use any powder, deodorant, perfume or cream before your examination. Only soap is permitted.

5. OSTÉODENSITOMÉTRIE - BONE DENSITOMETRY

Aucun examen baryté et/ou de médecine nucléaire 2 semaines avant l'examen. Votre poids ne doit pas excéder 250 lbs (113.5 kg). Une ostéodensitométrie par année (S.V.P vérifiez la date).
You shouldn't have any nuclear or barium examinations at least 2 weeks prior to your osteodensitometry. Your weight cannot exceed 250 pounds (113.5 Kg). One bone densitometry per year (Please verify the date).

Apportez cette feuille et votre carte d'assurance-maladie le jour de l'examen. S.V.P vérifiez la date d'expiration de votre carte.
Bring this sheet and your medical card the day of your examination. Please check the expiration date of your medical card.

ATTENTION

SI VOUS ÊTES ENCEINTE, VEUILLEZ AVERTIR LA TECHNOLOGUE AVANT VOTRE EXAMEN.
IF YOU ARE PREGNANT, PLEASE NOTIFY THE TECHNOLOGIST BEFORE THE EXAMINATION.

CSSS :

- Jonquière Maria Chapdelaine
- La Baie Lac-Saint-Jean-Est
- Chicoutimi Domaine-du-Roy



REQUÊTE DE SERVICES PROFESSIONNELS

Jacques Omnimed_test

NAM : OMNJ11111111

DDN : 11 / 11 / 1911 Sexe : M

1 Rue Alpha App: La Ligne 2
Btown, QC, A1A1A1

Tel: 819 111-2233

À COMPLÉTER PAR LE REQUÉRANT

Demande de consultation → **URGENT :** Non Oui

MOTIFS DE LA REQUÊTE (Diagnostics, contre-indications, renseignements utiles)

SERVICE REQUIS

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> AEO santé | <input type="checkbox"/> Neuropsychologie | <input type="checkbox"/> Podiatrie |
| <input type="checkbox"/> AEO social | <input type="checkbox"/> Nutrition | <input type="checkbox"/> Psychoéducation |
| <input type="checkbox"/> Audiologie | <input type="checkbox"/> Orthophonie | <input type="checkbox"/> Psychologie |
| <input type="checkbox"/> Équipe de dysphagie | <input type="checkbox"/> Pastorale | <input type="checkbox"/> Travail social |
| <input type="checkbox"/> Ergothérapie | <input type="checkbox"/> Pharmacie | <input type="checkbox"/> Soins infirmiers (préciser) : _____ |
| <input type="checkbox"/> Infirmière de liaison : <input type="radio"/> Santé physique <input type="radio"/> Santé mentale | | <input type="checkbox"/> Autre (préciser) : _____ |
| <input type="checkbox"/> Médecine dentaire | <input type="checkbox"/> Physiothérapie | |

Date : 06 / 08 / 2020 Signature du requérant : _____ N° permis : 4502324

À COMPLÉTER PAR LE RÉPONDANT

Refus du service par l'utilisateur, requête annulée le : _____

Date de prise en charge : _____ Cf. note professionnelle

Signature du répondant : _____

IL EST IMPORTANT DE LIRE LES INSTRUCTIONS AU VERSO

MÉDECIN	Nom :	Hubert-Deschamps Mikael	PATIENT	Omnimed_test	Jacques
	Clinique :	Omnimed		Nom de naissance	Prénom
	Signature :			OMNJ11111111	(2701)
	N° permis :	4502324		N° RAMQ (obligatoire)	
	Date :	06-08-2020		Date et heure du prélèvement :	
Ordonnance à répéter au :			Renseignements cliniques (ex. : grossesse, anticoagulant, antibiotique) :		
(Valide pour un maximum de 18 mois)					

ROUTINE STAT FAXER : _____

BIOCHIMIE	
Biochimie générale	
100	<input type="checkbox"/> AUR ACIDE URIQUE
101	<input type="checkbox"/> ALB ALBUMINE
102	<input type="checkbox"/> ALT ALT
19	<input type="checkbox"/> CAPOB APOLIPOPROTÉINE B (APO B)
105	<input type="checkbox"/> BILT BILIRUBINE TOTALE
106	<input type="checkbox"/> CAT CALCIUM TOTAL
107	<input type="checkbox"/> CK CRÉATINE KINASE
18	<input type="checkbox"/> CREAT CRÉATININE
110	<input type="checkbox"/> GLU GLUCOSE À JEUN
121	<input type="checkbox"/> HBGLY HÉMOGLOBINE GLYQUÉE (HBA1C)
210	<input type="checkbox"/> LIP LIPASE
211	<input type="checkbox"/> MG MAGNÉSIMUM
112	<input type="checkbox"/> PAL PHOSPHATASE ALCALINE
113	<input type="checkbox"/> PHOS PHOSPORE
17	<input type="checkbox"/> K POTASSIUM
115	<input type="checkbox"/> PRLIP PROFIL LIPIDIQUE
22	<input type="checkbox"/> CRPHX PROTÉINE C RÉACTIVE
154	<input type="checkbox"/> PROT PROTÉINES TOTALES
16	<input type="checkbox"/> NA SODIUM
Spécialité & Vitamines	
160	<input type="checkbox"/> CTEL C-TELOPEPTIDES (CTX) (se présenter avant 9 h)
117	<input type="checkbox"/> ELPRO ÉLECTROPHORÈSE PROTÉINES
118	<input type="checkbox"/> FERCA FER & CAPACITÉ (se présenter avant 8 h)
119	<input type="checkbox"/> FERRI FERRITINE
171	<input type="checkbox"/> B12X VITAMINE B12
983	<input type="checkbox"/> VID25 VITAMINE D (25 OH)
Hormones et marqueurs	
123	<input type="checkbox"/> PSA ANTIGÈNE PROSTATIQUE
124	<input type="checkbox"/> CO8H CORTISOL 8 H (se présenter avant 8 h)
127	<input type="checkbox"/> FSHLH FSH & LH
21	<input type="checkbox"/> BHCGX HCG QUANTITATIF
272	<input type="checkbox"/> PTHO PARATHORMONE
191	<input type="checkbox"/> PROLA PROLACTINE (se présenter avant 9 h 30)
238	<input type="checkbox"/> TESB TESTOSTÉRONNE BIODISPONIBLE (se présenter avant 9 h 30)
167	<input type="checkbox"/> TTEST TESTOSTÉRONNE TOTALE (se présenter avant 9 h 30)
131	<input type="checkbox"/> TSH TSH (FONCT. THYROÏDIENNE)
Biochimie médicaments	
SVP ne pas prendre le médicament qui correspond à ce test juste avant votre prise de sang	
138	<input type="checkbox"/> AVALP ACIDE VALPORIQUE
139	<input type="checkbox"/> CARB CARBAMAZÉPINE
140	<input type="checkbox"/> DIG DIGOXINE
141	<input type="checkbox"/> LITHI LITHIUM
142	<input type="checkbox"/> PHE PHÉNOBARBITAL
143	<input type="checkbox"/> PHY PHÉNYTOINE
144	<input type="checkbox"/> THE THÉOPHYLLINE

Biochimie tests fonctionnels	
R 149	<input type="checkbox"/> HGPO HYPERGLYCÉMIE GROSSESSE
R 133	<input type="checkbox"/> HYP2H HYPERGLYCÉMIE 2 h 75g
161	<input type="checkbox"/> DEXMG TEST À LA DEXAMÉTHASONE 1mg (se présenter avant 8 h)
Biochimie divers	
990	<input type="checkbox"/> GLUCP CONTRÔLE DE GLUCOMÈTRE
RÉSULTAT GLYCÉMIE CAPILLAIRE :	
M 136	<input type="checkbox"/> SELSA SANG DANS LES SELLES (fit test)
T 137	<input type="checkbox"/> CLSUE CHLORURE DANS LA SUEUR
Biochimie urine	
145	<input type="checkbox"/> URINE URINE EXAMEN SOMMAIRE
↓ Urine 24	↓ Sur une miction
M	<input type="checkbox"/> UCA CALCIUM
M	<input type="checkbox"/> UCLCR CLAIRANCE DE LA CRÉATININE
M	<input type="checkbox"/> UMA RATIO ALBUMINE/CRÉATININE
M	<input type="checkbox"/> UNA RATIO PROTÉINES/CRÉATININE
M	<input type="checkbox"/> UNAM SODIUM
HÉMATOLOGIE	
Hématologie générale	
700	<input type="checkbox"/> ANA AC ANTI-NUCLÉAIRE
599	<input type="checkbox"/> FS FORMULE SANGUINE
600	<input type="checkbox"/> FSC FORM. SANGUINE + DIFFÉRENTIEL
756	<input type="checkbox"/> HLA27 HLA B27 (lundi au mercredi)
770	<input type="checkbox"/> TRIO PHÉNOTYPAGE IMMUNOSUPPRIMÉ (CD3+CD4+CD8) (lundi au mercredi)
605	<input type="checkbox"/> RETI RÉTICULOCYTES
620	<input type="checkbox"/> SEDIM SÉDIMENTATION
Coagulation	
788	<input type="checkbox"/> DDIME D-DIMÈRES
625	<input type="checkbox"/> PTT TEMPS DE CÉPHALINE
630	<input type="checkbox"/> PT TEMPS DE PROTHROMBINE (INR)
Immuno-hématologie	
<input type="checkbox"/>	COOMBS DIRECT
<input type="checkbox"/>	GROUPE ABO ET RH
<input type="checkbox"/>	RECHERCHE D'ANTICORPS (COOMBS INDIRECT)
PRÉL. PAR : _____ DATE / HEURE : _____	
MICROBIOLOGIE	
Moléculaire	
998	<input type="checkbox"/> CTNG CHLAMYDIA + GONO
<input type="checkbox"/>	COL URINE AUTRE : _____
994	<input type="checkbox"/> HSV HERPES SIMPLEX (TAAN)
Bactériologie	
980	<input type="checkbox"/> APYL ANTIGÈNE H. PYLORI/SELLES
950	<input type="checkbox"/> VRIN EXPECTORATION
945	<input type="checkbox"/> VRSU GORGE
960	<input type="checkbox"/> PPRO PUS PROFOND SITE : _____
955	<input type="checkbox"/> PSU PUS SUPERFICIEL SITE : _____
942	<input type="checkbox"/> SVAG1 SÉC. VAG. (ÉTAT FRAIS & GRAM)
943	<input type="checkbox"/> TOXIN SELLES CLOST. DIFFICILE
952	<input type="checkbox"/> EO157 SELLES E. COLI 0157 (Shigatoxine)
M 961	<input type="checkbox"/> SEL SELLES CULTURE
999	<input type="checkbox"/> CURIN URINE CULTURE

Mycobactériologie	
946	<input type="checkbox"/> BKC CULTURE MYCOBACTÉRIES (x3)
TYPE DE SPÉCIMEN : _____	
Mycologie	
966	<input type="checkbox"/> MPC MYCOSE PROFONDE
954	<input type="checkbox"/> MSC MYCOSE SUPERFICIELLE
TYPE DE SPÉCIMEN : _____	
Parasitologie	
M 957	<input type="checkbox"/> PARA SELLES (x2)
Séro-Immunologie	
933	<input type="checkbox"/> ASO ANTI-STREPTOLYSINES-O
835	<input type="checkbox"/> CMVDI CYTOMÉGALOVIRUS DIAGNOSTIC
833	<input type="checkbox"/> CMVI CYTOMÉGALOVIRUS IMMUNITAIRE
934	<input type="checkbox"/> EBVS EBV EBNA
900	<input type="checkbox"/> RA FACT. RHUMATOÏDE (RA TEST)
870	<input type="checkbox"/> HEPAD HÉPATITE A DIAGNOSTIC
865	<input type="checkbox"/> HEPAI HÉPATITE A IMMUNITAIRE
871	<input type="checkbox"/> HEPBD HÉPATITE B DIAGNOSTIC (HbsAg)
867	<input type="checkbox"/> HEPBI HÉPATITE B IMMUNIT. (ANTI Hbs)
869	<input type="checkbox"/> HEPIC HÉPATITE C
875	<input type="checkbox"/> HERSD HERPÈS DIFFÉRENTIEL TYPE1 VS TYPE2
864	<input type="checkbox"/> HP HÉLICOBACTER PYLORI
884	<input type="checkbox"/> MONO MONONUCLÉOSE (Ac. Hétérophiles)
925	<input type="checkbox"/> PAR-G PARVOVIRUS (B.19)
902	<input type="checkbox"/> RUBD RUBÉOLE DIAGNOSTIC
899	<input type="checkbox"/> RUBI RUBÉOLE IMMUNITAIRE
923	<input type="checkbox"/> VDRL SYPHILIS
920	<input type="checkbox"/> TOXOD TOXOPLASMOSE DIAGNOSTIC
914	<input type="checkbox"/> TOXOI TOXOPLASMOSE IMMUNITAIRE
922	<input type="checkbox"/> VZIM VARICELLA-ZOSTER IMMUNITAIRE
915	<input type="checkbox"/> VIH VIH
ANATOMO-PATHOLOGIE	
Cytologie	
M	<input type="checkbox"/> RE CYTOLOGIE EXPECTORATION
P	<input type="checkbox"/> GY CYTOLOGIE GYNÉCOLOGIQUE
M	<input type="checkbox"/> UM CYTOLOGIE URINAIRE
Spermogramme	
S	<input type="checkbox"/> CONTRÔLE DE VASECTOMIE
S	<input type="checkbox"/> INFERTILITÉ
S	<input type="checkbox"/> VASO-VASECTOMIE
Pathologie	
Utiliser le formulaire de pathologie	
AUTRES	


Copie à : Dr _____ Dr _____



CENTRES DE PRÉLÈVEMENTS SANS RENDEZ-VOUS


HEURES D'OUVERTURES	
CSSS de Chicoutimi	7 h à 15 h
CSSS Cléophas-Claveau	7 h 30 à 11 h
CSSS Domaine-du-Roy	7 h 30 à 10 h 30
CSSS de Jonquière	7 h 30 à 15 h
CSSS Lac-St-Jean-Est	7 h 30 à 15 h
CSSS Maria-Chapdelaine	7 h 30 à 9 h 30

➤ IMPORTANT ◀

- ➔ Se présenter à l'hôpital avec cette formule que vous a remise votre médecin.
- ➔ Apporter votre carte d'assurance-maladie et la carte de l'hôpital.
- ➔ Assurez-vous que le **nom de votre médecin**, son **numéro de licence** et sa **signature** sont bien inscrits. Sinon, vous devrez retourner voir votre médecin pour qu'il complète ces informations qui sont obligatoires.

   72 h sans alcool, être à jeun 12 h avant le test et vous pouvez consommer de l'eau modérément.

  Être à jeun 8 h avant le test, vous pouvez consommer de l'eau modérément.

  Attendre au moins 1 h après un repas avant de faire ce test.

➔ Si une lettre précède le numéro du test demandé, suivre la recommandation correspondante qui suit :

<p>M Milieu de transport :</p> <p>CSSS de Chicoutimi : Disponible au centre de prélèvements</p> <p>CSSS Cléophas-Claveau : Disponible au centre de prélèvements entre 7 h 30 et 11 h 30.</p> <p>CSSS Domaine-du-Roy : Disponible au laboratoire ou au centre de prélèvements.</p> <p>CSSS de Jonquière : Disponible aux cliniques externes</p> <p>CSSS Lac-St-Jean-Est : Disponible au laboratoire</p> <p>CSSS Maria-Chapdelaine : Disponible aux cliniques externes</p>	<p>P Prélèvements effectués :</p> <p>CSSS de Chicoutimi : de 12 h 30 à 15 h</p> <p>CSSS Cléophas-Claveau : de 8 h à 11 h 30</p> <p>CSSS Domaine-du-Roy : sur rendez-vous seulement (418-275-0110 # 5000)</p> <p>CSSS de Jonquière : de 8 h 30 à 11 h</p> <p>CSSS Lac-St-Jean-Est : de 8 h 30 à 11 h</p> <p>CSSS Maria-Chapdelaine : Ce test n'est pas fait au centre de prélèvements.</p>
<p>R Rendez-vous hyperglycémie :</p> <p>CSSS de Chicoutimi : 418-541-1000 #1030</p> <p>CSSS Cléophas-Claveau : Pour test HGPO → 418-541-1000 # 1030 Pour test HYP2H → 418-544-3381 # 433</p> <p>CSSS Domaine-du-Roy : 418-275-0110 # 5000</p> <p>CSSS de Jonquière : Aucun rendez-vous n'est nécessaire. Utilisez le bouton test spécial de la billetterie.</p> <p>CSSS Lac-St-Jean-Est : Aucun rendez-vous n'est nécessaire</p> <p>CSSS Maria-Chapdelaine : Aucun rendez-vous n'est nécessaire</p>	<p>S Spermogramme :</p> <p>CSSS de Chicoutimi : Directives et contenants disponibles au centre de prélèvements. Les spécimens sont acceptés de 7 h 30 à 10 h 30.</p> <p>CSSS Cléophas-Claveau : Apportez votre spécimen au CSSS du Chicoutimi et suivre les directives qui s'y rattachent.</p> <p>CSSS Domaine-du-Roy : Apportez votre spécimen dans l'heure qui suit au laboratoire général. Aucun spécimen ne sera accepté après 14 h. Pour le test d'infertilité utiliser les instructions du CSSS de Chicoutimi.</p> <p>CSSS de Jonquière : Apportez votre spécimen au CSSS du Chicoutimi et suivre les directives qui s'y rattachent.</p> <p>CSSS Lac-St-Jean-Est : Prendre rendez-vous au : 418-668-9633</p> <p>CSSS Maria-Chapdelaine : Prendre un rendez-vous au : 418-276-1234-1</p>
<p>T Rendez-vous test à la sueur :</p> <p>CSSS de Chicoutimi : 418-541-1000 # 1030</p> <p>CSSS Cléophas-Claveau : 418-541-1000 # 1030</p> <p>CSSS Domaine-du-Roy : 418-275-0110 # 5000</p> <p>CSSS de Jonquière : 418-541-1000 # 1030</p> <p>CSSS Lac-St-Jean-Est : 418-668-9633</p> <p>CSSS Maria-Chapdelaine : 418-276-1234 # 4801</p>	

CLIENTÈLE PÉDIATRIQUE	
CSSS de Chicoutimi	Prendre rendez-vous : 418-541-1234 # 2263
CSSS Cléophas-Claveau	Se présenter au centre de prélèvements
CSSS Domaine-du-Roy	Se présenter au centre de prélèvements
CSSS de Jonquière	Se présenter au centre de prélèvements
CSSS Lac-St-Jean-Est	Se présenter au centre de prélèvements
CSSS Maria-Chapdelaine	Se présenter au centre de prélèvements