



FORMULAIRE D'AVIS DE MALADIE TRANSMISSIBLE			
Maladie :			
Organisme de déclaration :		Emplacement :	
Médecin (intervenant dans les soins directs) :			
Adresse du médecin :			
Tests en laboratoire ou au point d'intervention commandés :		Date de prélèvement :	
Résultat positif au TCT/IGRA			
Date d'administration ou de prélèvement :		Date de lecture :	
Résultat (induration en mm ou interprétation) :			
Renseignements personnels			
Nom de famille :		Prénom :	
DDN :	Genre :	1 ^{er} no de tél. :	2 ^e no de tél. :
Adresse :			
Parent ou tuteur légal :			
Occupation, école ou lieu de travail :			
Autre médecin (de famille ou spécialiste) :			
Renseignements cliniques			
Consultation externe, au service des urgences ou en clinique :		Hospitalisation : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	
Date de consultation :		Date de sortie de l'hôpital :	
Date d'admission :		Date d'isolement :	
Arrivée par SMU : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui		Date d'arrivée par SMU :	
Lieu de transfert :		Date de transfert :	
Type d'isolement : <input type="checkbox"/> Air <input type="checkbox"/> Gouttelettes <input type="checkbox"/> Contacts <input type="checkbox"/> Gouttelettes et contacts <input type="checkbox"/> Aucun			
Immunisation (selon l'agent infectieux) : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Date :			
Symptômes :		Date de commencement :	
Facteurs de risque : <input type="checkbox"/> Abus d'alcool <input type="checkbox"/> Consommation de drogues <input type="checkbox"/> Grossesse <input type="checkbox"/> Immunodéficience <input type="checkbox"/> Absence d'immunisation <input type="checkbox"/> Logement déficient ou sans abrisme			
Suivi et recommandations : <input type="checkbox"/> Sensibilisation des personnes atteintes ou ayant eu des contacts avec elles sur la maladie et la prévention de la transmission			
Notes (voyages, expositions possibles et contacts) :			
Médicaments prescrits contre la maladie transmissible			
Prescription :		Durée :	Date de commencement :
Prescription :		Durée :	Date de commencement :
Prescription :		Durée :	Date de commencement :

Déclaration de : _____ Date : _____

À L'USAGE DE SANTÉ PUBLIQUE

Notification par : Téléphone Télécopieur

Classement (SIISP ou CCM) : Cas examiné Cas probable Cas soupçonné Cas confirmé Ne répond pas aux critères

Notification reçue par : _____ (de Santé publique) Date : _____

Enquêtrice ou enquêteur principal de Santé publique : _____ Date de commencement de l'enquête : _____

Afin que les exigences de santé publique soient respectées, les renseignements personnels recueillis sur ce formulaire le sont en vertu de l'autorité conférée par l'une ou plusieurs des lois suivantes : la Loi sur la protection et la promotion de la santé, L.R.O. 1990 ; la Loi sur la réglementation des médicaments et des pharmacies, L.R.O. 1990 (anciennement la Loi sur les sciences de la santé) ; la Loi sur l'immunisation des élèves, L.R.O. 1990 ; la Loi sur les professions de la santé réglementées, 1991, L.O. 1991 ; et la Loi de 2014 sur la garde d'enfants et la petite enfance, L.O. 2014. Cette collecte de renseignements respecte les dispositions de la Loi sur l'accès à l'information municipale et la protection de la vie privée, L.R.O. 1990, et celles de la Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé, L.O. 2004. Ces renseignements visent à assurer que tous les soins personnels et tous les services de santé publique appropriés sont dispensés et que les statistiques nécessaires sont tenues. Les questions concernant cette collecte de renseignements devraient être envoyées à la gestionnaire de programme de Santé publique Sudbury et districts, 1300, rue Paris, Sudbury ON P3E 3A3, 705.522.9200, poste 398.