

Formulaire de délégation du suivi de dépistage de l'usager (Montréal et environs)

Date : JJ / MM / AAAA	Numéro unique de l'usager	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td>-</td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>			-			
		-						
<u>Identification de l'usager</u>								
Nom, prénom :								
NAM :	Téléphone : () -							
DDN : JJ / MM / AAAA								
<u>Origine du formulaire d'information</u>	<u>Formulaire envoyé à l'attention de :</u>							
Nom de la pharmacie :	Clinique des infections virales chroniques (CIVC) du CHUM							
Téléphone : () -	1000 rue Saint-Denis, Montréal, Québec, H2X 0C1							
Télécopieur : () -	Télécopieur : (514) 412-7546							

Le patient ci-nommé a été dépisté pour les anticorps anti-VHC dans le cadre d'un projet de recherche (PHARMA-C). Le document présent est utilisé à des fins de délégation du suivi.

Le résultat du test de dépistage des anticorps du VHC fait avec OraQuick® VHC est :

Positif

Le test a été réalisé en date du JJ / MM / AAAA

Le test a été réalisé par le/la pharmacien(ne) : _____

Test de détection de l'ARN-VHC nécessaire

Signature pharmacien(ne): _____

Numéro de pratique délivré par l'OPQ : _____

Consignes destinées au pharmacien collaborateur du projet de recherche :
CONSERVEZ UNE COPIE DE CETTE REQUÊTE DE DÉLÉGATION DANS LE DOSSIER PHARMACOLOGIQUE DE LA PERSONNE

Dans le cas d'un résultat anti-VHC positif

→ Télécopiez cette requête à la clinique d'infectiologie virale chronique (CIVC) du CHUM au (514) 412-7546.

NB. Le consentement de l'usager pour la communication du résultat du test de dépistage a été obtenu au moment de la signature du formulaire de consentement.

Pour toute question ou pour tout commentaire, s'il vous plaît communiquez à l'adresse pharmac.vhc.chum@ssss.gouv.qc.ca