

**Département de biologie médicale  
Centre Hospitalier Régional de Saint-Jérôme**

Veillez compléter ce formulaire et le faire suivre avec la demande d'analyse, ou le faxer au 450-431-8206

Formulaire d'informations obligatoires pour analyse Virus Zika, Dengue et Chikungunya		Étiquette LSPQ Usage interne seulement
<b>Information du patient</b>	<b>Information Requérant</b>	
Nom	Unité de soins / Clinique	
Prénom	Médecin requérant	
RAMQ	N° de licence	
<b>Date de prélèvement de l'échantillon</b> aaaa-mm-jj		
<b>Informations Requises</b>		
Femme enceinte	Oui      Non	
	<u>Si oui</u> : Nombre de semaine de grossesse:	
Patient symptomatique	Oui      Non	
	<u>Si oui</u> : Date du début des symptômes:      aaaa-mm-jj	
	Type de symptôme:	
Pays visité(s)	Date de départ	Date de retour
	aaaa-mm-jj	aaaa-mm-jj