

Patient		Coordonnées de la pharmacie
Poser l'étiquette de la pharmacie dans cet espace. Ne remplir les champs ci-dessous que s'il est impossible de poser l'étiquette.		OBLIGATOIRE pour recevoir le résultat :
Inscrire les coordonnées de la pharmacie que s'il est impossible de poser l'étiquette dans l'espace patient		
☐ Femme ☐ Homme ☐ non disponible car n'est pas résident du Québec Assurance maladie Nom/prénom Adresse App. Ville Code Postal Tél. DDN :		Numéro de référence patient Biron Courriel du patient (uniquement si enregistrement en ligne impossible) Mot de passe (doit comprendre entre 6 et 15 caractères) Numéro de passeport (uniquement si enregistrement en ligne impossible) Nom de la pharmacie Adresse Tél Code de point de service Biron (C####)
Je consens à ce que la pharmacie partage avec Biron Groupe Santé mes renseignements personnels nécessaires à la prestation de services. Je reconnais que la pharmacie ne conservera pas mon mot de passe ni mon numéro de passeport qui sont collectés spécifiquement pour la prestation de services et que Biron Groupe Santé sera l'unique responsable de la conservation desdits renseignements personnels, et ce, à l'entière exonération de la pharmacie. Signature du patient Date		
Prél. par : Date : Heure :		

Voyageur départ - Service demandé		Contenant requis	Prix
6166	Prélèvement PCR COVID-19 24h (voyageur départ) Prélèvement : écouvillon nasal. Conservation : à la température de la pièce. Délai des résultats : peut aller jusqu'à 24h.		175 \$
À remplir uniquement si l'inscription en ligne du patient n'est pas possible			
Voyage hors Québec au cours des 14 derniers jours?		☐ Oui ☐ Non	
Présence d'un des symptômes suivants dans les derniers 48h?		☐ Oui ☐ Non	
Toux (récente ou chronique exacerbée) • Fièvre • Difficultés respiratoires, sensation d'essoufflement • Étouffement même au repos • Perte de l'odorat sans congestion nasale avec ou sans perte de goût • Mal de gorge (récent ou exacerbé)			
Région sociosanitaire du patient			
☐ 01 Bas-Saint-Laurent	☐ 02 Saguenay-Lac-Saint-Jean	☐ 03 Capitale-Nationale	☐ 04 Mauricie et Centre-du-Québec
☐ 06 Montréal	☐ 07 Outaouais	☐ 08 Abitibi-Témiscamingue	☐ 09 Côte-Nord
☐ 11 Gaspésie-IDM	☐ 12 Chaudière-Appalaches	☐ 13 Laval	☐ 14 Lanaudière
☐ 16 Montérégie	☐ 17 Nunavik	☐ 18 Terres-Cries-de-la-Baie-James	05 Estrie
			10 Nord-du-Québec
			15 Laurentides
			** Hors Québec

Information à l'usage du préleveur :

Assurez-vous de bien respecter les directives suivantes sans quoi nous ne pourrions pas procéder à l'analyse.

- Demande de cueillette de l'échantillon.**
Communiquer avec notre laboratoire au 514 866-5005, poste 2852 pour cédule la cueillette du spécimen.
- Poser l'étiquette de la pharmacie avec le numéro de référence patient Biron ou inscrire le nom, le prénom, la date de naissance du patient et le numéro de référence patient Biron sur le contenant**
- Déposer l'échantillon dans le sac de transport biohasard et ce bon de commande dans la pochette du sac.**
- Sceller le sac et le remettre au messenger de Biron à son arrivée.**

Patient		Pharmacy contact information
Place the pharmacy label in this space. Fill in the fields below only if it is impossible to place the label.		MANDATORY to receive the result:
☐ Woman ☐ Man ☐ not available because patient is not a Quebec resident Health insurance card number Last name /First name Address App. City Postal Code Phone. DOB :		Biron patient reference number Patient email (only if unable to register online) Password (must be between 6 and 15 characters) Passport number (only if unable to register online) Name of pharmacy Address Phone Biron Service Centre Code (C#####)
I consent to the pharmacy sharing my personal information with Biron Health Group for the provision of services. I acknowledge that the pharmacy will not retain my password or passport number, which are collected specifically for the provision of services, and that Biron Health Group will be solely responsible for the retention of said personal information, and I entirely exonerate the pharmacy. Patient signature Date		
Sampling by: _____ Date: _____ Time: _____		

Departing traveler - Service requested		Required container	Price
6166	PCR COVID-19 24h (departing traveler) Sampling: nasal swab. Conservation: at room temperature. Turnaround time: up to 24 hours.		\$ 175
To be completed only if online patient registration is not possible			
Travel outside Quebec in the last 14 days? ☐ Yes ☐ No			
Presence of any of the following symptoms in the last 48 hours? ☐ Yes ☐ No Cough (recent or chronic exacerbated) • Fever • Difficulty breathing, feeling short of breath • Choking even at rest • Loss of smell without nasal congestion with or without loss of taste • Sore throat (recent or exacerbated)			
Patient's health region ☐ 01 Bas-Saint-Laurent ☐ 02 Saguenay-Lac-Saint-Jean ☐ 03 Capitale-Nationale ☐ 04 Mauricie et Centre-du-Québec 05 Estrie ☐ 06 Montréal ☐ 07 Outaouais ☐ 08 Abitibi-Témiscamingue ☐ 09 Côte-Nord 10 Nord-du-Québec ☐ 11 Gaspésie-IDM ☐ 12 Chaudière-Appalaches ☐ 13 Laval ☐ 14 Lanaudière 15 Laurentides ☐ 16 Montérégie ☐ 17 Nunavik ☐ 18 Terres-Cries-de-la-Baie-James ** Outside Québec			

Information for the sampler:
Be sure to follow these guidelines or we will not be able to proceed with the analysis. Request for transport of the sample. Contact our laboratory at 514 866-5005, ext. 2852 to schedule the pick-up of the specimen. Attach the pharmacy label with the Biron patient reference number or write the patient's last name, first name, date of birth and Biron patient reference number on the container Place the sample in the biohasard transport bag and this order form in the pocket of the bag. Seal the bag and give it to Biron's messenger upon his arrival.