

DISEASES OF PUBLIC HEALTH SIGNIFICANCE REPORTING FORM

Personal information on this form is collected under the authority of the Health Protection and Promotion Act, Sections 22 and 24, and will be used for Public Health follow-up. Any questions should be directed to the Program Manager, Infectious Diseases, at 613-933-1375, ext. 1233. Please fax completed form to 613-933-7417.

Note: All fields in this form must be completed.

REPORTING AGENCY: _____

PATIENT INFORMATION

Surname: _____ First name: _____

Date of birth (YYYY/MM/DD): _____ Age: _____ Gender: ☐ M ☐ F

Address: _____

City: _____ Postal code: _____

Telephone (home): _____ Telephone (work): _____

DISEASE INFORMATION

Disease: _____

Organism/Site: _____ Specimen type: _____

Collection date (YYYY/MM/DD): _____ Isolation date (YYYY/MM/DD): _____

TREATMENT HISTORY

Date of treatment (YYYY/MM/DD): _____ Treatment: _____

Hospitalized? ☐ YES ☐ NO Name of hospital: _____

Admission date (YYYY/MM/DD): _____ Discharge date (YYYY/MM/DD): _____

Comments: _____

OUTCOME

Outcome (REQUIRED): ☐ Recovered ☐ Fatal ☐ Ongoing

If fatal, date of death (YYYY/MM/DD): _____ (REQUIRED)

If fatal, cause of death (REQUIRED):

- ☐ The disease of public health significance was the underlying cause of death.
- ☐ The disease of public health significance contributed to but was not the underlying cause of death.
- ☐ The disease of public health significance was unrelated to cause of death.

PHYSICIAN INFORMATION

Name: _____ Telephone: _____

Date of notification (YYYY/MM/DD): _____

Signature of person reporting: _____

13658 ICD-24b

MALADIES IMPORTANTES SUR LE PLAN DE LA SANTÉ PUBLIQUE FORMULAIRE DE DÉCLARATION

L'information personnelle contenue dans ce formulaire est recueillie en vertu de la Loi sur la protection et la promotion de la santé, articles 22 et 24, et sera utilisée par les représentants de la santé publique à des fins de suivi. Toute question sera acheminée vers la Gestionnaire de programme, maladies infectieuses, au 613-933-1375, poste 1233. Faire parvenir ce formulaire complété par télécopieur au 613-933-7417.

Remarque : Tous les champs de ce formulaire sont obligatoires.

AGENCE FAISANT LA DÉCLARATION : _____

COORDONNÉES DU PATIENT

Nom de famille : _____ Prénom : _____

Date de naissance (AAAA/MM/JJ) : _____ Âge : _____ Sexe : ☐ M ☐ F

Adresse : _____

Ville : _____ Code postal : _____

Téléphone (domicile) : _____ Téléphone (travail) : _____

DÉTAILS SUR LA MALADIE

Maladie : _____

Microorganisme/Site : _____ Type de prélèvement : _____

Date de collecte (AAAA/MM/JJ) : _____ Date d'isolement (AAAA/MM/JJ) : _____

TRAITEMENTS ANTÉRIEURS

Date du traitement : _____ Traitement : _____

Hospitalisé? ☐ OUI ☐ NON Nom de l'hôpital : _____

Date d'entrée (AAAA/MM/JJ) : _____ Date de congé (AAAA/MM/JJ) : _____

Commentaires : _____

RÉSULTAT

Résultat (REQUIS) : ☐ Rétabli ☐ Décédé ☐ Non résolu

Dans le cas d'une fatalité, date du décès (AAAA/MM/JJ) : _____ (REQUIS)

Advenant une fatalité, cause du décès (REQUIS) :

- ☐ La maladie importante sur le plan de la santé publique est la cause sous-jacente du décès.
- ☐ La maladie importante sur le plan de la santé publique a contribué au décès sans en avoir été la cause sous-jacente.
- ☐ La maladie importante sur le plan de la santé publique n'a aucun lien avec la cause du décès.

COORDONNÉES DU MÉDECIN

Nom : _____ Téléphone : _____

Date de déclaration (AAAA/MM/JJ) : _____

Signature de la personne faisant la déclaration : _____