



DEMANDE DE SÉQUENÇAGE DE NOUVELLE GÉNÉRATION (SNG) DU SARS-CoV-2

Influenza, virus respiratoires et coronavirus
Laboratoire national de microbiologie
1015 rue Arlington, Winnipeg, MB R3E 3R2
téléphone : (204) 789-8073 télécopieur : (204) 789-2082
Courriel: nathalie.bastien@phac-aspc.gc.ca

RENSEIGNEMENTS DE L'EXPÉDITEUR

NOM DE L'EXPÉDITEUR: _____

NOM DU LABORATOIRE: _____

ADRESSE: _____

VILLE: _____ PROVINCE/ÉTAT: _____

CODE POSTAL/ZIP: _____ PAYS: _____

TÉLÉPHONE (AVEC POSTE): _____ TÉLÉCOPIEUR: _____

COURRIEL: _____

DESTINAIRE DU RAPPORT PRINCIPAL: _____

DESTINAIRES DU RAPPORT SUPPLÉMENTAIRES (LISTE CC): _____

RENSEIGNEMENTS DU PATIENT

ÂGE: _____ SEXE :

PAYS: _____

PROVINCE/ÉTAT: _____

RENSEIGNEMENTS DE L'ÉCHANTILLON

Isolat expédié au LNM:

ID. DE L'ÉCHANTILLON PRIMAIRE: _____

ID. DE L'ÉCHANTILLON SECONDAIRE: _____

Agent Pathogène:

NUMÉRO D'ACCÈS BIOSAMPLE (si connu) _____

NUMÉRO D'ACCÈS SRA (si connu) _____

NUMÉRO D'ACCÈS BIOPROJECT (si connu): _____

NUMÉRO D'ACCÈS GISAIID (si connu) _____

TEST REQUIS

DÉTAILS DU SPÉCIMEN

Source du spécimen:

Partie anatomique:

Matériel anatomique:

Produit corporel:

Type d'animal:

Lieu environnemental:

Élément environnemental:

Matrice de prélèvement d'échantillon:

Méthode de prélèvement:

Type d'échantillon/spécimen soumis:

VOLUME DE L'ÉCHANTILLON SOUMIS AU LNM: _____

DATE DE PRÉLÈVEMENT (AAA-MM-JJ): _____

RÉSULTATS DES TESTS PRÉCÉDENTS

GÈNE CIBLE N° 1: _____

VALEUR DU CYCLE SEUIL (CT) DU GÈNE CIBLE N° 1: _____

GÈNE CIBLE N° 2: _____

VALEUR DU CYCLE SEUIL (CT) DU GÈNE CIBLE N° 2: _____

COMMENTAIRES/RENSEIGNEMENTS SUPPLÉMENTAIRES



DEMANDE DE SÉQUENÇAGE DE NOUVELLE GÉNÉRATION (SNG) DU SARS-CoV-2

ANTÉCÉDENTS CLINIQUES

Symptômes:

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> DOULEUR ABDOMINALE | <input type="checkbox"/> ANOMALIE DU SENS DU GOÛT | <input type="checkbox"/> ANOMALIE DU SENS DE L'ODORANT |
| <input type="checkbox"/> ACROCYANOSE | <input type="checkbox"/> AGEUSIE (PERTE TOTALE DU SENS DE GOÛT) | <input type="checkbox"/> ALTÉRATION DE L'ÉTAT DE CONSCIENCE |
| <input type="checkbox"/> (ANOSMIE (PERTE DU SENS DE L'ODORANT)) | | <input type="checkbox"/> ARTHRALGIE (ARTICULATIONS DOULOUREUSES) |
| <input type="checkbox"/> ASTHÉNIE (FAIBLESSE GÉNÉRALISÉE) | | <input type="checkbox"/> DOULEUR THORACIQUE |
| <input type="checkbox"/> SERREMENT DE LA POITRINE OU OPPRESSION THORACIQUE | | <input type="checkbox"/> FRISSONS (SENSATION FROID SOUDAIN) |
| <input type="checkbox"/> CYANOSE PÉRIBUCCALE (COLORATION BLEUTÉE AUTOUR DES LÈVRES) | | <input type="checkbox"/> TROUBLE CONGNITIF |
| <input type="checkbox"/> COMA | <input type="checkbox"/> CONFUSION | <input type="checkbox"/> CONJONCTIVITE |
| <input type="checkbox"/> TOUX | <input type="checkbox"/> CYANOSE (COLORATION BLEUTÉE DE LA PEAU) | <input type="checkbox"/> CYANOSE DES LÈVRES (LÈVRES BLEUTÉES) |
| <input type="checkbox"/> CYANOSE DU VISAGE (VISAGE BLEUTÉ) | | <input type="checkbox"/> ÉTAT CONFUSIONNEL (CONFUSION GRAVE DE L'APPARITION RAPIDE) |
| <input type="checkbox"/> DIARRHÉE (SELLES LIQUIDES) | | <input type="checkbox"/> DYSPNÉE (DIFICULTÉS RESPIRATOIRES) |
| <input type="checkbox"/> ENCÉPHALITE (INFLAMMATION DU CERVEAU) | | <input type="checkbox"/> FATIGUE (ÉPUISEMENT) |
| <input type="checkbox"/> FIÈVRE | <input type="checkbox"/> GLOSSITE (INFLAMMATION DE LA LANGUE) | <input type="checkbox"/> MAUX DE TÊTE |
| <input type="checkbox"/> HÉMOPTYSIE (EXPECTORATIONS TEINTÉES DE SANG) | | <input type="checkbox"/> HYPOGEUSIE (DIMINUTION DU SENS DU GOÛT) |
| <input type="checkbox"/> HYPOSMIE (DIMINUTION DE SENS DE L'ODORANT) | | <input type="checkbox"/> HYPOTENSION (FAIBLE PRESSION ARTÉRIELLE) |
| <input type="checkbox"/> HYPOXÉMIE (FAIBLE CONCENTRATION D'OXYGÈNE DANS LE SANG) | | <input type="checkbox"/> HÉMORRAGIE INTERNE |
| <input type="checkbox"/> INCAPACITÉ À RÉAGIR AUX STIMULI (INCAPACITÉ À RESTER ÉVEILLÉ) | | <input type="checkbox"/> IRRITABILITÉ |
| <input type="checkbox"/> DIMINUTION DE LA MOTRICITÉ FINE | | <input type="checkbox"/> PERTE D'APPÉTIT |
| <input type="checkbox"/> PERTE DE PAROLE | <input type="checkbox"/> MALAISE (INCONFORT GÉNÉRAL) | <input type="checkbox"/> CRISE MOTRICE |
| <input type="checkbox"/> FAIBLESSE MUSCULAIRE | <input type="checkbox"/> MYALGIE (DOULEURS MUSCULAIRES) | <input type="checkbox"/> OBSTRUCTION NASALE (CONGESTION) |
| <input type="checkbox"/> NAUSÉES | <input type="checkbox"/> TOUX NON PRODUCTIVE (TOUX SÈCHE) | <input type="checkbox"/> PARAGEUSIE (ALTÉRATION DU SENS DU GOÛT) |
| <input type="checkbox"/> PHARYNGITE (MAL DE GORGE) | | <input type="checkbox"/> TOUX PRODUCTIVE (TOUX GRASSE) |
| <input type="checkbox"/> PSEUDO-ENGELURES SUR LES DOIGTS (DOIGTS COVID) | | <input type="checkbox"/> PSEUDO-ENGELURES SUR LES ORTEILS (ORTEILS COVID) |
| <input type="checkbox"/> ERUPTION CUTANÉE | <input type="checkbox"/> RHONORRÉE (ÉCOULEMENT NASAL) | <input type="checkbox"/> GRANDS FRISSONS (FRISSONS INTENSES PARCOURANT LE CORPS ENTIER) |
| <input type="checkbox"/> CRISE CONVULSIVE | <input type="checkbox"/> TREMBLEMENTS (CONTRACTIONS MUSCULAIRES INVOLONTAIRES) | <input type="checkbox"/> TROUBLE DE L'ÉLOCUTION |
| <input type="checkbox"/> ACCIDENT VASCULAIRE CÉRÉBRAL | <input type="checkbox"/> TACHYPNÉE (RESPIRATION RAPIDE) | <input type="checkbox"/> VOMISSEMENTS |

MALADIE DE L'HÔTE: _____

DATE D'APPARITION DES SYMPTÔMES (AAAA-MM-JJ): _____

État de santé de l'hôte:

Détails sur l'état de santé de l'hôte:

Événement d'exposition:

Antécédents de voyage:

DESTINATION: _____

DATE DU DÉPART EN VOYAGE (AAAA-MM-JJ): _____

DATE DE REOUR DE VOYAGE (AAAA-MM-JJ): _____