

Ce formulaire doit être rempli par le prescripteur qui effectue l'évaluation du traitement par Paxlovid et ensuite conservé par la pharmacie ayant exécuté l'ordonnance. Pour effectuer l'évaluation et poser un diagnostic, consultez l'application Firstline.

Horizon: <https://app.firstline.org/en/clients/230-horizon-health-network/steps/62313>

Vitalité: <https://app.firstline.org/fr/clients/367-vitalite-reseau-de-sante/steps/62645>

Section 1 – Renseignements sur le patient

Nom de famille	Prénom										
Adresse postale (rue, ville, province et code postal)	Numéro d'assurance-maladie <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 20px;"></td> </tr> </table>										
Date de naissance (JJ/MM/AAAA)	Téléphone										

Section 2 – Diagnostic de COVID et symptômes

<p>Date d'apparition des symptômes* (AAAA-MM-JJ) _____</p> <ul style="list-style-type: none"> • Date du test PCR (test confirmé en laboratoire) (AAAA-MM-JJ) _____ ou • Date du test Abbott ID (AAAA-MM-JJ) _____ ou • Date du test de détection d'antigènes rapide (TDAR)** (AAAA-MM-JJ) _____ <p>* Le patient n'est pas admissible s'il ne présente pas de symptôme à l'heure actuelle ou si l'apparition de ses symptômes date de plus de cinq jours.</p> <p>Si le patient n'a pas reçu de résultat positif à un test PCR, à un test Abbott ID ou à un TDAR, il n'est pas admissible.</p>
--

Section 3 – Admissibilité

<p>Les adultes symptomatiques de 18 ans et plus doivent répondre à tous les critères suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • symptômes ayant commencé au cours des 5 derniers jours; • résultat positif au dépistage de COVID-19; • risque élevé de complications graves.
--

Section 4 – Renseignements sur le prescripteur

Nom de famille	Prénom
Numéro du permis	Téléphone
Signature du prescripteur	Date