

# Outil de travail SILO-DTCSRD - Comment remplir les demandes de test

Cet outil de travail fournit des instructions sur la façon de compléter la saisie des demandes de commandes de tests SILO-DTCSRD. Vous pouvez également consulter les instructions en regardant la [vidéo de formation sur la saisie des demandes de commandes](#).

## Validation de ONE ID et authentification à deux facteurs

Avant de commencer, vérifiez que votre connexion ONE ID et votre authentification à deux facteurs (2FA) sont configurées.

1. Connectez-vous à ONE ID : [oneid.ehealthontario.ca](https://oneid.ehealthontario.ca)



The screenshot shows the ONE ID login interface. At the top, it displays the ONE ID logo and the text 'Identity & Access Management'. Below this, a message states: 'ONE® ID identity and access management enables secure access to eHealth services.' The main instruction is 'Please log in with your login ID and password.' There are two input fields: '\*Login:' with the value 'jane.smith@oneid.on.ca' and '\*Password:' with masked characters '.....'. A 'Login' button is positioned below the password field. At the bottom, there are two links: 'Forgot Login ID' and 'Forgot Password'.

2. Passez en revue votre My Profile (Mon profil) ONE ID.
3. Modifiez votre mot de passe temporaire. Tous les nouveaux utilisateurs de comptes ONE ID reçoivent un mot de passe temporaire. Veuillez vous assurer de le modifier et de configurer l'authentification à deux facteurs.

## Change Password

\*Old or Temporary Password:

\*New Password:

\*Confirm Password:

**Password Strength**

- ✘ Must be at least 8 characters long.
- ✘ One or more lower case letters (e.g. m).
- ✘ One or more upper case letters (e.g. M).
- ✘ One or more numbers.

OK Cancel

#### 4. Configurez l'authentification à deux facteurs.

- Connectez-vous à votre compte ONE ID et sélectionnez l'onglet **Challenge Information** (Informations d'authentification) pour configurer l'authentification à deux facteurs, un moyen secondaire de vérification de l'identité par téléphone via un canal de communication séparé et non connecté. Si vous n'avez pas de téléphone disponible lors de la connexion à ONE ID, des questions d'authentification en ligne vous seront présentées. **Si vous n'avez pas configuré l'authentification à deux facteurs, vous devrez utiliser l'authentification basée sur les connaissances lors de votre première connexion.**

Enrolments	Challenge Information	Documents	Professional Designation	Credentials	Subsidiary Accounts
<b>Challenge Phone Number(s) (more info)</b>					
(647) 283-2759					Delete Change
<a href="#">Add a number (optional)</a>					
<b>Challenge Questions (more info)</b>					
<b>Online</b>					<b>Answer</b>
Mother's middle name?					***** Change
What is the street number of the house you grew up in?					***** Change

### Mise à jour de votre ou vos numéros de téléphone pour l'authentification

Pour ajouter, supprimer ou mettre à jour votre numéro de téléphone pour l'authentification :

- Sélectionnez l'onglet **Challenge Information** (Informations d'authentification).
- Dans la section **Challenge Phone Number(s)** (Numéros de téléphone pour l'authentification), vous pouvez ajouter, supprimer ou modifier un numéro de téléphone :
  - Pour supprimer un numéro, cliquez sur **Delete** (Supprimer) à côté de celui-ci.
  - Pour modifier un numéro, cliquez sur **Change** (Modifier) à côté de celui-ci et saisissez le numéro approprié.

### Mise à jour de vos questions d'authentification en ligne ou de centre de services

Pour mettre à jour vos questions pour l'authentification en ligne ou au centre de services :

- Sélectionnez l'onglet **Challenge Information** (Informations d'authentification).
- Dans la section **Challenge Questions** (Questions d'authentification) :
  - Cliquez sur **Change** (Modifier) à côté de la ou des questions que vous souhaitez mettre à jour.
  - Saisissez la réponse appropriée.

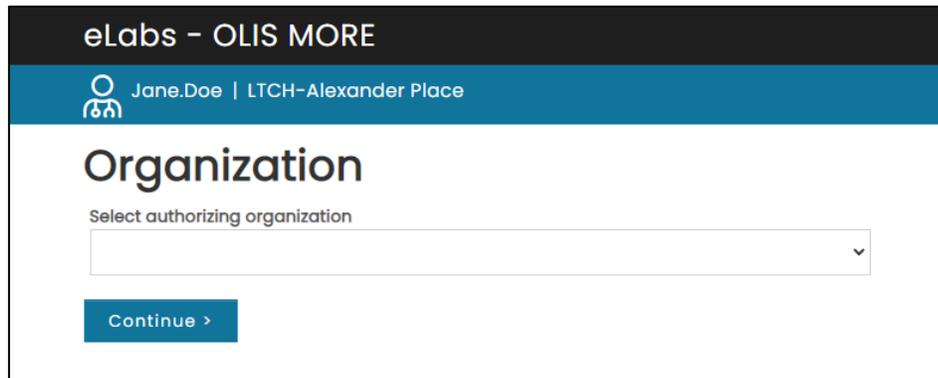
# Création d'une demande de test COVID-19

**Remarque :** Tous les champs sont obligatoires sauf s'ils sont marqués Optional (Facultatif).

1. Connectez-vous à SILO-DTCSR : <https://olis-more.accessonehealth.ca/>



## Organisme



2. Si vous êtes inscrit dans un seul organisme, vous serez directement dirigé vers votre espace de travail SILO.
3. Si vous êtes inscrit dans plus d'un organisme, sélectionnez l'organisme pour lequel vous êtes autorisé à soumettre des demandes de test (organisme d'autorisation) dans la liste déroulante.
4. Cliquez sur **Continue** (Continuer).
5. Sélectionnez COVID-19 Test Requisition (Demande de test COVID-19).



**Remarque :** Pour une première inscription, veuillez vous assurer que vous disposez de toutes les informations requises pour remplir le formulaire avant de commencer :

- Nom du laboratoire de destination
- Nom ou numéro de licence du praticien prescripteur
- Adresse du site et code postal
- Numéro de téléphone

**Remarque :** L'option **Continuer une commande incomplète** peut être utilisée pour terminer toute demande enregistrée au cours des dernières 24 heures.

## Section Destination et Submitter (Auteur de la demande)

1. Saisissez le laboratoire de destination : commencez simplement à saisir le nom du laboratoire ou le numéro de licence.
2. Sélectionnez **Type de praticien** dans la liste déroulante.
3. Saisissez le nom du praticien chargé de la commande : commencez simplement à saisir le nom ou le numéro de licence.
4. Saisissez l'adresse de l'auteur de la demande et ses coordonnées téléphoniques.

**Demande de test pour la COVID-19**

1 Destination et auteur 2 Renseignements sur le patient 3 Cadre de consultation du patient 4 Historique de voyages et d'expositions 5 Renseignements cliniques 6 Tests demandés et type de prélèvement

Fournir tous les renseignements sauf indication contraire (facultatif). Remplir toutes les sections avant de soumettre.

**Destination**

Laboratoire de destination (qui effectuera l'analyse)

The Hospital For Sick Children - 4159, Toronto, 555 University Avenue

Commencez à taper le nom du laboratoire ou le numéro de permis.

**Demandeur**

Type de praticien

Doctor

Praticien prescripteur

MCCLINTOCK, WILLIAM - 11694

Entrez le numéro de permis au complet ou commencez à taper le nom de famille

Nom de la clinique/de l'établissement/du bureau de santé

Training Clinic

Lieu de travail du praticien

Adresse

207-679 DAVIS DRIVE

Emplacement de la clinique/de l'établissement/du bureau de santé

Ville

Newmarket

Province

Ontario

Code postal

L3Y 5G8

Exemple: A2A 2A2

Téléphone (facultatif)

123-123-1234

Exemple: 416-123-9876

Poste (facultatif)

Exemple: 12345

Télécopieur (facultatif)

Exemple: 416-123-9876

c.c. autre fournisseur de soins de santé autorisé

Suivant

5. Cliquez sur **Continuer**.

**Remarque :** Champs **Destination** et **Submitter** (Auteur de la demande)

- Les informations saisies dans la page de destination et de soumission seront conservées pour la prochaine demande.

## Informations sur le patient

Sélectionnez l'identification utilisée pour le patient : **Carte Santé de l'Ontario** ou **Aucune carte Santé disponible**

**Demande de test pour la COVID-19**

1 Destination et auteur 2 Renseignements sur le patient 3 Cadre de consultation du patient 4 Historique de voyages et d'expositions 5 Renseignements cliniques 6 Tests demandés et type de prélèvement 7 Passer en revue et soumettre

Fournir tous les renseignements sauf indication contraire (facultatif). Remplir toutes les sections avant de soumettre.

**Renseignements sur le patient**

Sélectionnez le code d'identification du patient

Carte Santé de l'Ontario

Aucune carte Santé

Précédent Suivant

## CARTE SANTÉ DE L'ONTARIO

1. Saisissez le numéro à 10 chiffres au recto de la carte.
2. Si la carte est verte et blanche, saisissez le code de version à deux lettres.

Sélectionnez le code d'identification du patient

Carte Santé de l'Ontario

Il s'agit d'une carte Santé rouge et blanche

Numéro de carte Santé  
2000-058-855  
10 chiffres au recto de la carte

Code de version  
FI  
Deux lettres après le numéro de carte Santé

Valider

3. Cliquez sur **Continuer**.
4. SILO validera le numéro de carte Santé et les informations sur le patient associées au numéro de la carte Santé et remplira le formulaire avec les champs suivants : Nom, date de naissance, sexe, adresse, numéro de téléphone.
5. Si toutes les informations saisies sont correctes, le message **Patient validé** s'affichera en vert.

Renseignements sur le patient

Sélectionnez le code d'identification du patient

Carte Santé de l'Ontario

Patient validé

Nom  
Clare AAFPTeal

Numéro de carte Santé  
2000-058-855

Code de version  
FI

Date de naissance  
1958-12-12

Sexe  
Femme

Je confirme qu'il s'agit du bon patient [Changer de patient](#)

6. S'il s'agit du bon patient, cochez la case à côté de **Je confirme qu'il s'agit du bon patient**.
7. S'il ne s'agit pas du bon patient, cliquez sur **Changer de patient** et corrigez les informations saisies sur le patient.
8. Une fois le bon patient identifié, son nom s'affichera dans le coin supérieur droit de l'écran. Vous pourrez désormais utiliser **Enregistrer pour plus tard** dans le coin inférieur droit de l'écran.
9. Cliquez sur **Continuer**.

## CARTE SANTÉ ROUGE ET BLANCHE

1. Si la carte Santé de l'Ontario est rouge et blanche, cochez la case à côté de **Ceci est une carte Santé rouge et blanche**.

Renseignements sur le patient

Sélectionnez le code d'identification du patient

Carte Santé de l'Ontario

Il s'agit d'une carte Santé rouge et blanche

Numéro de carte Santé

2000-058-848

10 chiffres au recto de la carte

**Valider**

- Un appel à la résolution du problème concernant le patient sera lancé.
- Si toutes les informations saisies sont correctes, le message **Patient validé** s'affichera en vert.

Renseignements sur le patient

Sélectionnez le code d'identification du patient

Carte Santé de l'Ontario

Patient validé

Nom

Royal AAFONavy

Numéro de carte Santé

2000-058-848

- Cochez la case **Je confirme qu'il s'agit du bon patient**.
- Cliquez sur **Continuer**.

### PAS DE CARTE SANTÉ

- Remplissez le formulaire avec toutes les informations requises sur le patient.
- Cochez la case **Je confirme qu'il s'agit du bon patient**.
- Cliquez sur **Continuer**.

**Remarque** : Si les informations remplies automatiquement ne sont pas disponibles ou sont incorrectes :

- Si l'adresse et le numéro de téléphone ne sont pas disponibles, un message d'alerte proposant de saisir ces renseignements manuellement s'affichera.
- Si la date de naissance et le sexe sont incorrects ou si le numéro de carte Santé ne peut être validé, sélectionnez **Aucune carte Santé disponible**.

Renseignements sur le patient

Sélectionnez le code d'identification du patient

Carte Santé de l'Ontario

Il s'agit d'une carte Santé rouge et blanche

Numéro de carte Santé  
2000-000-000

10 chiffres au recto de la carte

Code de version  
FI

Deux lettres après le numéro de carte Santé

**▲ Récupération des renseignements du patient impossible. Veuillez essayer de nouveau ou sélectionner « Aucune carte Santé disponible ».**

Aucune carte Santé

## Contexte et groupe du patient

**Remarque :** Après avoir rempli la section relative aux informations sur le patient, vous pouvez maintenant enregistrer la demande et la compléter dans les prochaines 24 heures en cliquant sur **Enregistrer pour plus tard** dans le coin inférieur droit de l'écran.

Le nom du patient s'affichera dans le coin supérieur droit de l'écran.

1. Saisissez l'emplacement du patient dans le champ Patient location.
2. Saisissez la raison du test dans le champ Reason for testing.
3. Saisissez le numéro de l'enquête ou de l'écllosion dans le champ Investigation or outbreak no. Fourni par la Santé publique (si connu), sinon laissez le champ vide.
4. Cliquez sur **Continuer**.

**Demande de test pour la COVID-19**

Patient: AAFONavy, Royal

Destination et autour  Renseignements sur le patient  **3 Cadre de consultation du patient**  4 Historique de voyages et d'expositions  5 Renseignements cliniques  6 Tests demandés et type de prélèvement  7 Passer en revue et soumettre

Fournir tous les renseignements sauf indication contraire (facultatif). Remplir toutes les sections avant de soumettre.

Paramètres ou type du patient

**Patient location**

Centre d'évaluation

Clinic/Community

ER (Not admitted)/Not yet determined

Congregate living setting

Inpatient (non-ICU)

ICU/CCU

Collectivité éloignée

Sans abri ou refuge

ER (Admitted)

Autre (veuillez préciser)

**Reason for testing**

Travailleur de la santé

Décédé ou autopsie

Autre (veuillez préciser)

N° d'enquête ou d'écllosion (si connu)

## Antécédents de voyage et historique d'exposition

1. Sélectionnez une réponse à la question **Le patient a-t-il voyagé récemment?**
  - Si la réponse est oui, remplissez les champs supplémentaires.
2. Sélectionnez une réponse à la question **Le patient a-t-il été exposé à un cas probable ou confirmé?**
  - Si la réponse est oui, remplissez les champs supplémentaires.
3. Cliquez sur **Continuer**.

### Demande de test pour la COVID-19

Patient: AAFONavy, Royal

Destination et auteur Renseignements sur le patient Cadre de consultation du patient **Historique de voyages et d'expositions** Renseignements cliniques Tests demandés et type de prélèvement Passer en revue et soumettre

Fournir tous les renseignements sauf indication contraire (facultatif). Remplir toutes les sections avant de soumettre.

#### Historique de voyages

Le patient a-t-il voyagé récemment?

Non

Oui

Je ne sais pas

None/Not applicable

#### Historique d'expositions

Le patient a-t-il été exposé à un cas probable ou confirmé?

Non

Oui

Je ne sais pas

Précédent Suivant Enregistrer pour plus tard

## Renseignements cliniques

Remplissez tous les champs d'informations, sauf s'ils sont indiqués comme étant facultatifs.

1. Sélectionnez une réponse pour le statut de vaccination à la COVID-19.
2. Sélectionnez une réponse pour **Symptômes** :
  - Si **Symptomatique**, remplissez des champs supplémentaires.
3. Cliquez sur **Continuer**.

### Demande de test pour la COVID-19

Patient: AAFONavy, Royal

Destination et auteur Renseignements sur le patient Cadre de consultation du patient Historique de voyages et d'expositions **Renseignements cliniques** Tests demandés et type de prélèvement Passer en revue et soumettre

Fournir tous les renseignements sauf indication contraire (facultatif). Remplir toutes les sections avant de soumettre.

#### Renseignements cliniques

Statut de vaccination contre la COVID-19

A reçu toutes les doses requises il y a plus de 14 jours

Non immunisé ou pas complètement immunisé

Je ne sais pas

Symptômes

Asymptomatique (aucun symptôme)

Symptomatique

Je ne sais pas

Précédent Suivant Enregistrer pour plus tard

## Tests demandés, type d'échantillon, options de pré-impression

1. Sélectionnez **Virus COVID-19**.
2. Sélectionnez **Type d'échantillon**.
3. Si nécessaire, saisissez **des commentaires supplémentaires**.
4. La date et l'heure de collecte des échantillons seront pré-remplies (sera par défaut la date et l'heure d'accès à cette page, mais peut être modifiée — suivez le processus fourni par votre organisme pour remplir ce champ).

Avant la soumission au SILO, les sites peuvent désormais pré-imprimer l'étiquette de l'échantillon, les instructions pour le patient ou l'étiquette du patient (y compris la génération du numéro de dossier médical, ou NDM, pour la carte Santé rouge et blanche et l'absence de carte Santé). \*Selon le flux de travail du site.

5. Cliquez sur le lien **Étiquette d'instructions pour le patient** pour imprimer l'étiquette d'instructions pour le patient. Cliquez sur la flèche pour télécharger le document.
6. Cliquez sur le lien **Instructions pour le patient au format PDF** pour imprimer le PDF des instructions pour le patient. Cliquez sur la flèche pour télécharger le document.
7. Cliquez sur le lien **Étiquette de l'échantillon** pour imprimer l'étiquette de l'échantillon. Cliquez sur la flèche pour télécharger le document.
8. Cliquez sur **Continuer**.

### Demande de test pour la COVID-19

Patient: AAFONavy, Royal

Destination et auteur Renseignements sur le patient Cadre de consultation du patient Historique de voyages et d'expositions Renseignements cliniques **Tests demandés et type de prélèvement** Passer en revue et soumettre

Fournir tous les renseignements sauf indication contraire (facultatif). Remplir toutes les sections avant de soumettre.

**Test demandé**

Virus de la COVID-19

Virus respiratoires, y compris la COVID-19

**Type de prélèvement**

Écouvillon nasopharyngien

Écouvillon nasal profond ou du cornet nasal moyen

Échantillon prélevé dans la gorge

Échantillon prélevé dans la gorge et écouvillon nasal

Lavage bronchoalvéolaire (LBA)

Salive (rinçage buccal et gargarisme)

Salive (pure)

Écouvillon nasal antérieur (nez)

Oral (buccal) et nasal profond

Autre (veuillez préciser)

**Date et heure du prélèvement (24 heures)**

2024-03-25 14:16

AAAA-MM-JJ HH:MM

**Commentaires supplémentaires (facultatif)**

Maximum de 512 caractères

**Options d'impression**

[Étiquette de directives pour le patient](#)

[Directives pour le patient en format PDF](#)

[Étiquette de prélèvement](#)

Précédent **Suivant** Enregistrer pour plus tard

- **Alertes de soumission infructueuse!** Si la demande n'a pas été soumise avec succès à SILO, veuillez réimprimer la demande et l'étiquette de l'échantillon mise à jour au format PDF, ainsi que toutes les instructions pour le patient après la soumission.
- Si aucune commande électronique n'est créée, les informations précédemment pré-imprimées pour cette commande ne seront plus valides, y compris tout numéro NDM généré. Il s'agira désormais d'une commande manuelle et la demande devra être imprimée et soumise avec l'échantillon. Remarque : Comme il s'agit désormais d'une commande manuelle, aucun NDM ni code de vérification n'a été créé pour que le patient puisse consulter les résultats sur le visualiseur de résultats des patients pour la COVID-19.

## Réviser et soumettre

1. Passez en revue le formulaire de demande. Si vous devez apporter des modifications, cliquez sur **Retourner pour modifier les détails** et apportez les modifications nécessaires. Une fois la commande soumise, la demande ne pourra plus être modifiée.

**Remarque :** Il s'agit de la dernière occasion de « sauvegarder pour plus tard ».

2. Cochez la case à côté de **Je confirme que toutes les informations saisies sont correctes**.
3. Cliquez sur **Soumettre la demande**.

### Demande de test pour la COVID-19

Patient: AAFONavy, Royal

Fournir tous les renseignements sauf indication contraire (facultatif). Remplir toutes les sections avant de soumettre.

Passer en revue et soumettre

Vous pouvez revenir en arrière et modifier des renseignements au besoin.  
Laboratoire de destination: The Hospital For Sick Children - 4159, Toronto, 555 University Avenue

**COVID-19 Test Requisition**

ALL Sections of this form must be completed at every visit

SBXPV4TFTXG

<p><b>1 - Submitter Lab Number (if applicable):</b></p> <p>Ordering Clinician (required) Surname, First Name: <b>MCCLINTOCK WILLIAM</b> OHIP/CPSP/Prof. License No.: 11694 Name of clinic: <b>Training Clinic</b> /facility/health unit: Address: 207-679 DAVIS DRIVE Newmarket, ON L3Y 5G8 Phone: 123-123-1234 Fax:</p> <p><input type="checkbox"/> Other Authorized Health Care Provider: Surname, First Name: OHIP/CPSP/Prof. License No.: Name of clinic: /facility/health unit: Address:</p> <p><b>6 - Specimen Type</b> Specimen collection date (yyyy-mm-dd hh:mm): 2024-03-25 14:16 <input checked="" type="checkbox"/> NPS</p> <p><b>8 - COVID-19 Vaccination Status</b> <input checked="" type="radio"/> Received all required doses &gt;14 days ago. <input type="radio"/> Unimmunized or not fully immunized. <input type="radio"/> Unknown</p> <p><b>9 - Clinical Information</b> <input checked="" type="checkbox"/> Asymptomatic <input type="checkbox"/> Symptomatic <input type="checkbox"/> Unknown Date of symptom onset (yyyy-mm-dd): <input type="checkbox"/> Cough <input type="checkbox"/> Fever / temperature, if known: <input type="checkbox"/> Pneumonia <input type="checkbox"/> Sore Throat <input type="checkbox"/> Pregnant <input type="checkbox"/> Other (Specify):</p>	<p><b>For laboratory use only</b> Date received (yyyy-mm-dd): PHOL No.: <b>2 - Patient Information</b> Health Card No.: Medical Record No.: 2000-058-848 Last Name: <b>AAFONavy</b> First Name: <b>Royal</b> Date of Birth: 1940-12-12 Sex: <b>Male</b> /yyy-mm-dd) Address: <b>750 York Mills Rd Apt#1234</b> Toronto, ON M3B 1X3 Phone No.: 416-555-3333 Investigation or Outbreak No.:</p> <p><b>3 - Travel History</b> Travel to: Travel Date (yyyy-mm-dd): Return Date (yyyy-mm-dd):</p> <p><b>4 - Exposure History</b> Exposure to probable or confirmed case? <input type="radio"/> Yes <input checked="" type="radio"/> No Exposure details: Date of symptom onset (yyyy-mm-dd):</p> <p><b>5 - Test(s) Requested</b> <input checked="" type="checkbox"/> COVID-19 Virus <input type="checkbox"/> Respiratory Virus Panel including COVID</p> <p><b>7 - Patient Setting / Type</b> <input checked="" type="checkbox"/> Assessment Centre Only if applicable, indicate the reason for testing: <input checked="" type="checkbox"/> Healthcare Worker</p>
--	--

Confidential Document - Contains Personal Health Information  
Generated by: Batista, Michelle 2024-03-25 14:17:36

Je confirme que tous les renseignements saisis sont exacts

Soumettre la demande

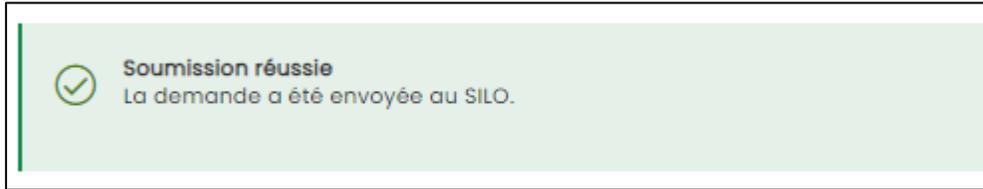
Supprimer

Enregistrer pour plus tard

Revenir en arrière et modifier des renseignements

## Soumission réussie

Un message vert s'affichera pour indiquer que la soumission a été réussie. Imprimez les instructions pour le patient et remettez-les au patient.



## Soumission échouée

1. Un message rouge s'affichera pour indiquer que la soumission a échoué.
2. Vous pouvez réessayer de soumettre la demande ou l'imprimer et envoyer une copie papier avec l'échantillon au laboratoire concerné.



**Remarque :** Si un patient n'a pas la carte Santé verte et blanche et que la soumission échoue, **le NDM et le code de vérification ne seront pas créés**. Le patient ne pourra pas accéder à ses résultats en ligne.

Si la deuxième tentative de soumission échoue, cliquez sur **Afficher/Masquer les détails** et copiez le message d'erreur complet dans un courriel au Bureau de soutien de Santé Ontario.

## Afficher et imprimer la demande, les instructions pour le patient et l'étiquette

1. Imprimez la demande si nécessaire en cliquant sur le lien **Demande**.
2. Cliquez sur le lien **Étiquette des instructions pour le patient** ou **Instructions pour le patient au format PDF**, imprimez les documents requis et remettez-les au patient. Le PDF et l'étiquette comportent le NDM et le code de vérification pour les patients sans carte Santé verte et blanche.
3. Imprimez l'étiquette de l'échantillon en cliquant sur le lien **Étiquette de l'échantillon** et apposez-la sur l'échantillon.

**Remarque :** Une fois que vous aurez quitté cette page, vous ne pourrez plus imprimer le formulaire de demande, les instructions pour le patient ou l'étiquette de l'échantillon.

Veuillez enregistrer ou imprimer la demande pour vous assurer que vous pouvez recréer la commande si le laboratoire n'est pas en mesure de la récupérer avec succès.

### Demande de test pour la COVID-19

Afficher les fichiers PDF imprimables

[Demande](#)  
[Étiquette de directives pour le patient](#)  
[Directives pour le patient en format PDF](#)  
[Étiquette de prélèvement](#)

### Renseignements sur la soumission

**Code de l'ordonnance de laboratoire**  
SBXPV4TFTXG

**Date et heure de la soumission**  
2024-03-25 02:18 PM

**Laboratoire de destination**  
The Hospital For Sick Children - 4159, Toronto, 555 University Avenue

 [Créer une nouvelle demande de test pour la COVID-19](#)

[Retour à la page d'accueil](#)

## Exemples d'impressions

EXEMPLES DE DEMANDE, D'INSTRUCTIONS POUR LE PATIENT AU FORMAT PDF, D'ÉTIQUETTE POUR LE PATIENT ET D'ÉTIQUETTE DE L'ÉCHANTILLON :

**COVID-19 Test Requisition** Submit electronically to app ID # 4159

ALL sections of this form must be completed at every visit.

5XHTF4TP8PN

<p><b>1. Submitter Lab Number (if applicable)</b></p> <p><b>Ordering Clinician (required)</b>                  Surname, First Name: <b>MCCLINTOCK, WILLIAM</b>                  OMR/OSD/Prof. License No.: <b>19094</b>                  Name of clinic: <b>Training Clinic</b>                  Facility/Team Unit:                  Address: <b>207-679 DAVIS DRIVE</b>  <b>Newmarket, ON L3Y 5G8</b>                  Phone: <b>123-123-1234</b> Fax:</p> <p><input type="checkbox"/> <b>Other Authorized Health Care Provider:</b>                  Surname, First Name:                  OMR/OSD/Prof. License No.:                  Name of clinic:                  Facility/Team Unit:                  Address:</p> <p><b>5. Specimen Type</b>                  Specimen collection date (yyyy-mm-dd) <b>2023-10-18 11:30</b>  <input checked="" type="checkbox"/> Anterior Nasal (Nose)</p> <p><b>8. COVID-19 Vaccination Status</b>  <input checked="" type="checkbox"/> Received as required (over 14 days ago) <input type="checkbox"/> Unimmunized or not fully immunized <input type="checkbox"/> Unknown</p> <p><b>9. Clinical Information</b>  <input checked="" type="checkbox"/> Asymptomatic <input type="checkbox"/> Symptomatic <input type="checkbox"/> Unknown                  Date of symptom onset (yyyy-mm-dd):  <input type="checkbox"/> Cough <input type="checkbox"/> Fever (temperature if known)  <input type="checkbox"/> Pneumonia <input type="checkbox"/> Sore Throat  <input type="checkbox"/> Pregnant <input type="checkbox"/> Other (Specify):</p>	<p><b>For laboratory use only</b> PHU: No.:                  Date received (yyyy-mm-dd):  <b>2. Patient Information</b>                  Health Card No.: <b>2000-058-848</b> Medical Record No.: <b>QPSU-S6RT-P87V-SM95</b>                  Last Name: <b>AAFONavy</b>                  First Name: <b>Royal</b>                  Date of Birth: <b>1940-12-12</b> Sex: <b>Male</b>                  Address: <b>750 York Mills Rd Apt#1234</b>  <b>Toronto, ON M3B 1X3</b>                  Phone No.: <b>416-555-3333</b>                  Investigation or Outbreak No.:</p> <p><b>3. Travel History</b>                  Travel to:                  Travel Date (yyyy-mm-dd): Return Date (yyyy-mm-dd):</p> <p><b>4. Exposure History</b>                  Exposure to probable or confirmed case? <input type="checkbox"/> Yes <input checked="" type="checkbox"/> No                  Exposure details:                  Date of symptom onset (yyyy-mm-dd):</p> <p><b>5. Test(s) Requested</b>  <input checked="" type="checkbox"/> COVID-19 virus  <input type="checkbox"/> Respiratory Virus Panel including COVID</p> <p><b>7. Patient Setting / Type</b>  <input checked="" type="checkbox"/> Assessment Centre                  Only if applicable, indicate the reason for testing:  <input checked="" type="checkbox"/> Healthcare Worker</p>
---	--

Confidential Document - Contains Personal Health Information  
 Generated by: Betosa, Monette 2023-10-18 11:30:17

Ontario

**How to access your test result using your medical record number (MRN)** Ontario

**Online Access**

1. Using your device, scan the QR code, or go to <https://covid-19.ontario.ca>

2. Select **Check your results**

3. On the COVID-19 test results page:

- Step 1 - select **Other or no identification**
- Step 2 - select **Testing label**
- Step 3 - select **Got it**
- Step 4 - read the terms and **Agree and continue**

4. When prompted, enter the testing label information

**Testing label**

<b>Test date</b>	<b>MRN</b>
2023-10-18	6998-QPSU-S6RT-P87V-SM95
<b>Facility</b>	<b>Verification code</b>
Training Clinic	58D-7B6E-482
<b>Phone</b>	
123-123-1234	

To view results go to: <https://covid-19.ontario.ca>

5. Enter any other required information and **Access results**

**No access to online results**

If you are unable to access your test result online, or have waited 4 days and don't see results online, please contact the testing location listed in the testing label to get your result.

**Test Date:** 2023-10-18

**Facility:** Training Clinic

**Phone:** 123-123-1234

**To view results go to:** <https://covid-19.ontario.ca>

**MRN:** 6998-QPSU-S6RT-P87V-SM95

**Verification Code:** 58D-7B6E-482

2023-10-18 11:30

5000 OLIS BSD

AAFONavy, Royal

DOB: 1940-12-12

SEX: Male

HCN: 2000-058-848

Src: Nasal

Test: COVID-19 virus

  
 5XHTF4TP8PN

## Soumission infructueuse

- Les demandes et les étiquettes d'échantillons commençant par un X – (tiret) indiqueront aux laboratoires qu'une commande électronique n'a PAS été créée, éliminant ainsi la nécessité pour le site de test de signaler au laboratoire qu'il s'agit d'une saisie manuelle - aucune commande électronique n'a été créée.
- Le X – (tiret) précédant le numéro de commande du laboratoire indique qu'aucune commande électronique n'a été créée et que cette commande doit être saisie manuellement par le laboratoire. Remarque : aucun NDM ne sera créé pour la consultation des résultats sur le visualiseur de résultats des patients pour la COVID-19.

## Continuer une commande de laboratoire incomplète

Pour soumettre une demande de commande incomplète :

1. Sur l'écran principal, cliquez sur **Continuer une commande incomplète**.



2. Dans l'onglet **Demandes**, sélectionnez le nom du patient souhaité dans la liste des commandes de laboratoire incomplètes.
3. Cliquez sur la flèche grise pour rechercher par « enregistré », « enregistré par » et « dernière étape terminée ».
4. Effectuez les étapes qui n'ont pas été effectuées précédemment.
5. Si vous souhaitez **supprimer** une demande, cliquez sur l'icône de **corbeille** à la fin de sa ligne.

**Remarque** : Les commandes de laboratoire incomplètes peuvent être complétées dans les 24 heures suivant leur dernière sauvegarde.

Ordonnances de laboratoire incomplètes				
Les ordonnances de laboratoire incomplètes sont accessibles pendant les 24 heures suivant la dernière sauvegarde.				
Réquisitions <a href="#">Rapports des résultats</a>				
Patient	Enregistré	Enregistré par	Dernière étape achevée	Supprimer
<a href="#">TestPatientN</a> <a href="#">TestPatientN</a>	2024-03-25 14:01	Aery, Rajesh	Renseignements sur le patient	<input type="checkbox"/>
<a href="#">TestPatientN</a> <a href="#">TestPatientN</a>	2024-03-25 13:31	Aery, Rajesh	Renseignements sur le patient	<input type="checkbox"/>
<a href="#">TestPatientN</a> <a href="#">TestPatientN</a>	2024-03-25 13:01	Aery, Rajesh	Renseignements sur le patient	<input type="checkbox"/>
<a href="#">TestPatientN</a> <a href="#">TestPatientN</a>	2024-03-25 12:31	Aery, Rajesh	Renseignements sur le patient	<input type="checkbox"/>
<a href="#">TestPatientN</a> <a href="#">TestPatientN</a>	2024-03-25 12:02	Aery, Rajesh	Renseignements sur le patient	<input type="checkbox"/>
<a href="#">TestPatientN</a> <a href="#">TestPatientN</a>	2024-03-25 11:31	Aery, Rajesh	Renseignements sur le patient	<input type="checkbox"/>
<a href="#">TestPatientN</a> <a href="#">TestPatientN</a>	2024-03-25 11:01	Aery, Rajesh	Renseignements sur le patient	<input type="checkbox"/>
<a href="#">TestPatientN</a> <a href="#">TestPatientN</a>	2024-03-25 10:31	Aery, Rajesh	Renseignements sur le patient	<input type="checkbox"/>
<a href="#">TestPatientN</a> <a href="#">TestPatientN</a>	2024-03-25 10:01	Aery, Rajesh	Renseignements sur le patient	<input type="checkbox"/>
<a href="#">TestPatientN</a> <a href="#">TestPatientN</a>	2024-03-25 09:31	Aery, Rajesh	Renseignements sur le patient	<input type="checkbox"/>
<a href="#">TestPatientN</a> <a href="#">TestPatientN</a>	2024-03-25 09:01	Aery, Rajesh	Renseignements sur le patient	<input type="checkbox"/>
<a href="#">TestPatientN</a> <a href="#">TestPatientN</a>	2024-03-25 08:31	Aery, Rajesh	Renseignements sur le patient	<input type="checkbox"/>
<a href="#">TestPatientN</a> <a href="#">TestPatientN</a>	2024-03-25 08:02	Aery, Rajesh	Renseignements sur le patient	<input type="checkbox"/>

Afficher 50 enregistrements Premier Précédent 1 Suivant Dernier

## Flux de travail suggérés utilisant l'option Save for later (Enregistrer pour plus tard)

### 1. Pré-enregistrement des patients :

- Remplissez les sections **Destination et Submitter** (Auteur de la demande).
- Saisissez toute information supplémentaire sur SILO à partir des informations relatives à la prise de rendez-vous, c'est-à-dire les informations sur le patient (carte Santé, date de naissance, validation du sexe, adresse, numéro de téléphone).
- Remplissez la section **Contexte du patient**.
- Cliquez sur **Enregistrer pour plus tard**.

### 2. Lorsque le patient arrive sur le site de test :

- Rendez-vous dans la section incomplète et sélectionnez le patient.
- Vérifiez les informations du patient avec le patient et remplissez les champs non renseignés, c'est-à-dire, **Statut de vaccination, Symptômes**, etc.
- Une fois cette étape terminée, soumettez la demande.

**Remarque :** Une demande doit être imprimée ou enregistrée pour documenter la rencontre avec le patient sur le site. Ce processus aide à résoudre tout problème potentiel avec le laboratoire qui ne reçoit pas ou ne peut pas utiliser la commande électronique.