

Department of Health / Ministère de la Santé
Public Health New Brunswick /
Santé publique Nouveau-Brunswick
P.O. Box / Case postale 5100
Fredericton, NB / Fredericton (N.-B.) E3B 5G8
Telephone / Téléphone 506-457-4800
Facsimile / Télécopieur 506-453-2780

Date January 17, 2022 / Le 17 janvier 2022

To / Dest. First Nations / Premières Nations; JPS / JSP; Social Development / Ministère du Développement social; Regional Health Authorities / Régies régionales de la santé (Horizon, Vitalité); EM/ANB / PEM/ANB; Assessment Centres / Centre d'évaluation et de dépistage; Jean Daigle, Vice President, Mental Health & Addiction Services / v.-p. affaires communautaires, traitement des dépendances et santé mentale; Jacques Duclos, V-P Community and Mental Health services / v.-p. Services communautaires et de santé mentale; Lab Directors / Directeurs et directrices des Services de laboratoire; Danielle McLennan

From / Exp. Dr. / D^r Yves Léger, Acting Deputy Chief Medical Officer of Health / Médecin-hygiéniste en chef adjoint

Copies Dr./D^{re} Jennifer Russell, Jennifer Elliott

Subject / Objet **Reminder: Record Priority group Details on PCR Test Requisition / Rappel : Consignation des détails des groupes prioritaires pour les demandes de tests PCR**

In follow up to the memo dated January 7, 2022 from Dr. Cristin Muecke regarding "Revised New Testing, isolation and contact management strategy moving forward – 5th Wave," I wish to kindly remind those who are requesting PCR tests for those in the priority testing group to be sure to indicate "yes" in the Sentinel Site box, and to provide the priority group on the PCR requisition. By doing so, Public Health will follow up if these tests are positive. Attached is a requisition form highlighting the area I am referring to.

Please forward this reminder to your appropriate partners who would order these tests.

Thank you for your attention to this matter.

À la suite de la note de service de la D^{re} Cristin Muecke, datée du 7 janvier 2022, concernant la « Nouvelle stratégie de dépistage, d'isolement et de recherche des contacts pour la 5^e vague », j'aimerais rappeler aux personnes qui présentent des demandes de tests PCR pour des membres du groupe de dépistage prioritaire de s'assurer d'indiquer « oui » dans la case du site sentinelle ainsi que le groupe prioritaire dans la demande de tests PCR. Ainsi, Santé publique assurera un suivi si ces tests sont positifs. Vous trouverez ci-joint un formulaire de demande où la section à laquelle je fais référence est mise en évidence.

Veillez transmettre ce rappel à vos partenaires susceptibles de commander ces tests.

Je vous remercie de votre collaboration à cet égard.



Please see red section for recent changes. Each part of the form must be completed.

COVID-19 Combined Referral and Lab Requisition Form

1. Patient Information			
Patient Last Name:		Patient First Name(s):	
Patient Address:		Phone:	
City, Town or Village:		Province:	Postal Code:
Health Card Number (Medicare): <small>(Include province if not NB, VAC, DND #)</small>		Expiration <small>(mm/yyyy)</small>	
Date of Birth: <small>(yyyy/mm/dd)</small>	Age:	Guardian Name if < 16:	
Preferred Language: <input type="checkbox"/> English <input type="checkbox"/> French <input type="checkbox"/> Other:		Gender: <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/> Other	Pregnant? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Provided by:		Relationship with Patient:	
2. Assessment Details			
Select all symptoms the patient is experiencing:		Date symptoms started <small>(yyyy/mm/dd)</small> :	Collect the following information, if applicable
<input type="checkbox"/> Fever	<input type="checkbox"/> Fatigue	<input type="checkbox"/> Vomiting	<input type="checkbox"/> Muscle Pain
<input type="checkbox"/> Cough or worsening cough	<input type="checkbox"/> Headache	<input type="checkbox"/> Diarrhea	<input type="checkbox"/> Sore Throat
<input type="checkbox"/> Loss of taste or smell	<input type="checkbox"/> Runny nose	<input type="checkbox"/> Purple fingers or toes in children	
Test for those that are: <input type="checkbox"/> Asymptomatic (non-sentinel)		Travel outside of New Brunswick within past 14 days: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
Are you fully vaccinated against COVID-19? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		Date of return from Travel <small>(yyyy/mm/dd)</small> : _____	
		Location of travel: _____	
3. Referral Request Details			
Individual completing form:		Phone number:	Referral Date: <small>(yyyy/mm/dd)</small>
Primary Care Provider (Full Name):		PCP Location:	
Referred by: <input type="checkbox"/> Public Health Zone: _____ <input type="checkbox"/> EMP <input type="checkbox"/> Clinic/CHC Zone: _____ <input type="checkbox"/> 811 <input type="checkbox"/> Hospital/ED Zone: _____ <input type="checkbox"/> Ambulance NB <input type="checkbox"/> DH-Call Centre <input type="checkbox"/> Provider's office	Additional Patient Information: <input type="checkbox"/> Stem Cell Transplant Treatment start date <small>(yyyy/mm/dd)</small> : _____ <input type="checkbox"/> Day _____ test Enhanced Testing: <input type="checkbox"/> Outbreak <input type="checkbox"/> Expanded Targeted Testing Name: _____		
		Test Site Information: <input type="checkbox"/> Nursing Home <input type="checkbox"/> Correctional Facility <input type="checkbox"/> Shelter, Youth home or Adult Residential Facility Name: _____	
4. Laboratory Requisition Additional Details			
Sentinel site: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes - SPECIFY:		Contact Case: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Assessment Site use only:
Priority 1 <input type="checkbox"/> RHA/EMP/ANB staff <input type="checkbox"/> Correctional Facility			
<input type="checkbox"/> Admitted Patient <input type="checkbox"/> First Nations HCW/Member <input type="checkbox"/> Homeless Shelter Staff/Transient Individual			
<input type="checkbox"/> Emergency Dept. <input type="checkbox"/> Referred by Public Health			
<input type="checkbox"/> Nursing Home / ARF / LTCF Resident or Staff			
<input type="checkbox"/> Pre-operative/Out-of-Province Care Date <small>(yyyy/mm/dd)</small> : _____			
Priority 2 <input type="checkbox"/> Immunocompromised with symptoms <input type="checkbox"/> Child 0-2			
<input type="checkbox"/> 50+ with symptoms <input type="checkbox"/> Pregnant woman with symptoms			
Priority 3 <input type="checkbox"/> Travel Testing			
Ordering Provider:			
5. Appointment for screening at clinic			
Location:		Date <small>(yyyy/mm/dd)</small> :	Time: <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM
Office use only:			
6. Sample Collection Details			
Sample source: <input type="checkbox"/> Nasopharyngeal <input type="checkbox"/> Swish Gargle <input type="checkbox"/> Throat and nose <input type="checkbox"/> Other: _____			
Collected by:		Collection Date: <small>(yyyy/mm/dd)</small> :	Time: <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM
Point of Care COVID19 test: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		Test Date:	Result: <input type="checkbox"/> Positive <input type="checkbox"/> Negative <input type="checkbox"/> Invalid
Please submit referrals for testing to the following fax number: HORIZON: 1-506-462-2040* / VITALITÉ: 1-506-544-2250*		Missing information should be added at specimen collection prior to submitting the requisition to the Lab	
*Referrals submitted by fax after 4:30pm will be processed the following day		2022-JAN-04 V16	

This part *must* be filled out so that Public Health is aware of who needs to be followed up on. Choose only one.

Veillez consulter la section en rouge pour les changements récents. Chaque partie du formulaire doit être complètement remplie.

Formulaire combiné d'aiguillage et de demande d'examen en laboratoire pour la COVID-19

1. Informations sur le patient			
Nom de famille du patient :		Prénom(s) :	
Adresse du patient :		No de téléphone :	
Ville ou village :		Province :	Code postal :
Numéro d'assurance-maladie (Medicare) : <small>(Inclure la province si autre que N.-B., no MDN, ACC)</small>		Date d'expiration : <small>(mm/aaaa)</small>	
Date de naissance : <small>(aaaa/mm/jj)</small>	Âge:	Nom du tuteur si < 16 ans :	
Langue de choix : <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Autre :		Sexe : <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Autre	Enceinte? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Nom de l'appelant :		Relation avec le patient :	
2. Détails de l'évaluation			
Sélectionnez tous les symptômes du patient :		Date d'apparition des symptômes (aaaa/mm/jj) :	Recueillir l'information suivante, le cas échéant
<input type="checkbox"/> Fièvre	<input type="checkbox"/> Fatigue	<input type="checkbox"/> Vomissement	<input type="checkbox"/> Douleur musculaire
<input type="checkbox"/> Toux ou toux aggravée	<input type="checkbox"/> Céphalée	<input type="checkbox"/> Diarrhée	<input type="checkbox"/> Mal de gorge
<input type="checkbox"/> Perte de goût ou d'odorat	<input type="checkbox"/> Rhinite	<input type="checkbox"/> Vasculature ou ischémie des orteils / doigts	
Test pour ceux qui sont :		<input type="checkbox"/> Asymptomatique (non-sentinel)	
Êtes-vous complètement vacciné contre la Covid-19 ?		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
		Voyage à l'extérieur du N.-B. au cours des 14 derniers jours : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
		Date de retour du voyage (aaaa/mm/jj) :	
		Lieu du voyage :	
3. Détails sur la demande d'aiguillage			
Personne ayant complété le formulaire :		No de téléphone :	Date de l'aiguillage : <small>(aaaa/mm/jj)</small>
Fournisseur de soins primaires du patient (nom complet) :		Lieu (FSP) :	
Référée par :	Informations supplémentaires sur le patient :		
<input type="checkbox"/> Santé publique Zone: <input type="checkbox"/> PEM	<input type="checkbox"/> Greffe de cellules souches Date de début du traitement (aaaa-mm-jj) : <input type="checkbox"/> Test jour <input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Clinique/CSC Zone: <input type="checkbox"/> 811	Dépistage à haut volume :		
<input type="checkbox"/> Hôpital/Urgence Zone: <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Écllosion		
<input type="checkbox"/> Ambulance N.-B. <input type="checkbox"/> Centre d'appel Min. Santé	<input type="checkbox"/> Tests ciblés élargis		
<input type="checkbox"/> Cabinet de médecin	Nom : _____		
		Informations sur la location :	
		<input type="checkbox"/> Foyer de soins <input type="checkbox"/> Établissement correctionnel	
		<input type="checkbox"/> Refuge sans-abri, foyers pour jeunes ou établissements résidentiels pour adultes	
		Nom : _____	
4. Détails supplémentaires pour la demande d'examen en laboratoire			
Site sentinelle : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui - PRÉCISER :	Cas par contact : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Pour l'utilisation du centre de dépistage seulement :
Priorité n° 1	<input type="checkbox"/> Personnel des RRS/PEM-ANB	<input type="checkbox"/> Établissement correctionnel	<p>Cette partie doit être remplie! Ne choisissez qu'une seule réponse.</p>
<input type="checkbox"/> Patient admis	<input type="checkbox"/> Empl. Santé Prem Nat	<input type="checkbox"/> Personnel des refuges pour sans-abri/ personnes de passage	
<input type="checkbox"/> Urgence	<input type="checkbox"/> Membre Premières Nations		
<input type="checkbox"/> Personnel et résidents des foyers de soins/ÉRA/ÉSLD	<input type="checkbox"/> Refere par Santé Publique		
<input type="checkbox"/> Préopérateur/Service à l'extérieur du N.-B. Date (aaaa-mm-jj) : _____			
Priorité n° 2	<input type="checkbox"/> Personnes immunodéprimées présentant des symptômes		
<input type="checkbox"/> Personnes âgées de plus de 50 ans présentant des symptômes	<input type="checkbox"/> Femmes enceintes présentant des symptômes	<input type="checkbox"/> Enfants de 0 à 2 ans	
Priorité n° 3	<input type="checkbox"/> Tests avant un départ en voyage		
Responsable-demandeur : _____			
Réserve à l'administration :			
5. Rendez-vous de dépistage à la clinique			
Lieu :		Date (aaaa/mm/jj) :	Heure : <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM
Réserve à l'administration :			
6. Détails de la collection d'échantillons			
Source de spécimen : <input type="checkbox"/> Nasopharyngé <input type="checkbox"/> Gargarisme <input type="checkbox"/> Gorge et nez <input type="checkbox"/> Autre : _____			
Collect :		Date de cueillette : <small>(aaaa/mm/jj)</small>	Heure : <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM
Analyses Hors Laboratoire COVID19 : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Date :	Résultat : <input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Invalide
<p>Veillez soumettre le formulaire pour demande d'aiguillage au # fax : HORIZON: 1-506-462-2040* / VITALITÉ: 1-506-544-2250*</p> <p><small>*Les demandes soumises par fax après 4h30 seront traitées le lendemain</small></p>		<p>Toute information manquante doit être ajoutée lors de la collecte du spécimen avant de soumettre la réquisition</p> <p>2022-JAN-04 V16</p>	