



DT9157

À L'USAGE DU LABORATOIRE

**DÉCLARATION D'UNE
MALADIE/INFECTION/INTOXICATION
À DÉCLARATION OBLIGATOIRE (MADO)
SELON LA LOI SUR LA SANTÉ PUBLIQUE**

Voir la liste au verso

| | | | |
|--------------------------|-----------|--------------------------------------|---|
| Nom et prénom du patient | | | |
| N° d'assurance maladie | | Date de naissance Année Mois Jour | |
| Adresse (N°, rue) | | | |
| Ville | | | |
| Code postal | Ind. rég. | Téléphone | Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F |

| |
|--|
| Code unique attribué par le laboratoire aux analyses produites |
|--|

| Identification de la MADO | | | |
|---------------------------|---------------------|-------|-----------|
| Nom de la MADO | | | |
| Site(s) du prélèvement | | | |
| Type de prélèvement | Date du prélèvement | Année | Mois Jour |

| Analyse(s) effectuée(s) | Résultat(s) de laboratoire |
|-------------------------|----------------------------|
| | |
| | |

| Analyse(s) de sensibilité | Résultat(s) obtenu(s) |
|---------------------------|-----------------------|
| | |
| | |
| | |

| Nom du demandeur | | | |
|-----------------------------------|-------|--------------|---------------------------|
| Professionnel qui demande le test | | N° de permis | Ind. rég. N° de téléphone |
| Adresse (N°, rue) | Ville | Code postal | |

| | | | |
|--|-------|-----------------|-----------|
| Nom du laboratoire ou département (en lettres moulées) | | | |
| Nom de la personne qui signe la déclaration | | N° de téléphone | Ind. rég. |
| Adresse (N°, rue) | Ville | Code postal | |

| | | | | |
|------------------------|------|-------|------|------|
| Signature du déclarant | Date | Année | Mois | Jour |
|------------------------|------|-------|------|------|

Ce formulaire ainsi que les coordonnées pour rejoindre les directions de santé publique de toutes les régions peuvent être trouvés sur le site Internet :
<http://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/maladies-a-declaration-obligatoire/mado/declarer-une-mado/>

**À TRANSMETTRE AU DIRECTEUR DE SANTÉ PUBLIQUE
DU LIEU DE RÉSIDENCE DE LA PERSONNE VISÉE PAR CETTE DÉCLARATION**



DT9157

À L'USAGE DU LABORATOIRE

**DÉCLARATION D'UNE
MALADIE/INFECTION/INTOXICATION
À DÉCLARATION OBLIGATOIRE (MADO)
SELON LA LOI SUR LA SANTÉ PUBLIQUE**

Voir la liste au verso

| | | | |
|--------------------------|-----------|--------------------------------------|---|
| Nom et prénom du patient | | | |
| N° d'assurance maladie | | Date de naissance Année Mois Jour | |
| Adresse (N°, rue) | | | |
| Ville | | | |
| Code postal | Ind. rég. | Téléphone | Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F |

| |
|--|
| Code unique attribué par le laboratoire aux analyses produites |
|--|

| Identification de la MADO | | | |
|---------------------------|---------------------|-------|-----------|
| Nom de la MADO | | | |
| Site(s) du prélèvement | | | |
| Type de prélèvement | Date du prélèvement | Année | Mois Jour |

| Analyse(s) effectuée(s) | Résultat(s) de laboratoire |
|-------------------------|----------------------------|
| | |
| | |

| Analyse(s) de sensibilité | Résultat(s) obtenu(s) |
|---------------------------|-----------------------|
| | |
| | |
| | |

| Nom du demandeur | | | |
|-----------------------------------|--------------|-------------|-----------------|
| Professionnel qui demande le test | N° de permis | Ind. rég. | N° de téléphone |
| Adresse (N°, rue) | Ville | Code postal | |

| | | | |
|--|--|-----------------|-------------|
| Nom du laboratoire ou département (en lettres moulées) | | | |
| Nom de la personne qui signe la déclaration | | Ind. rég. | |
| Adresse (N°, rue) | | N° de téléphone | Code postal |
| Ville | | Code postal | |

| | | | | |
|------------------------|------|-------|------|------|
| Signature du déclarant | Date | Année | Mois | Jour |
|------------------------|------|-------|------|------|

Ce formulaire ainsi que les coordonnées pour rejoindre les directions de santé publique de toutes les régions peuvent être trouvés sur le site Internet :
<http://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/maladies-a-declaration-obligatoire/mado/declarer-une-mado/>

À DÉCLARER D'URGENCE PAR TÉLÉPHONE OU PAR ÉCRIT SIMULTANÉMENT AU DIRECTEUR NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE ET AU DIRECTEUR DE SANTÉ PUBLIQUE DU LIEU DE RÉSIDENCE DE LA PERSONNE VISÉE PAR CETTE DÉCLARATION ET À CONFIRMER DANS LES 48 HEURES À L'AIDE DU PRÉSENT FORMULAIRE :

- Botulisme
- Choléra
- Fièvre jaune
- Fièvres hémorragiques virales (ex. : fièvre Ébola, fièvre de Marburg, fièvre de Crimée-Congo, fièvre de Lassa)
- Maladie du charbon (Anthrax)
- Peste
- Variole

À DÉCLARER À L'AIDE DU PRÉSENT FORMULAIRE AU DIRECTEUR DE SANTÉ PUBLIQUE DU LIEU DE RÉSIDENCE DE LA PERSONNE VISÉE PAR CETTE DÉCLARATION DANS LES 48 HEURES :

- Amibiase
- Anaplasmosse
- Arboviroses neuroinvasives (ex. : Virus de l'encéphalite équine de l'Est (VEEE), Virus de l'encéphalite équine de l'Ouest (VEEO), Virus de l'encéphalite de St-Louis (VESL), Virus de l'encéphalite de Powassan, Virus de l'encéphalite japonaise)
- Babésiose
- Brucellose
- Chancre mou
- Coqueluche
- Cryptosporidiose
- Cyclosporoze
- Diphtérie
- Fièvre Dengue
- Fièvre Q
- Fièvre typhoïde ou paratyphoïde
- Giardiase
- Granulome inguinal
- Hépatites virales
- Infection à *Campylobacter*
- Infection à *Chlamydia trachomatis*
- Infection à *Escherichia coli* producteur de shigatoxines
- Infection à Hantavirus
- Infection à HTLV type I ou II
- Infection à Plasmodium
- Infection à *Yersinia enterocolitica*
- Infection au *Staphylococcus aureus* résistant à la vancomycine
- Infection gonococcique
- Infection invasive à *Hæmophilus influenzae*
- Infection invasive à méningocoques
- Infection invasive à streptocoques du Groupe A
- Infection invasive à *Streptococcus pneumoniae*
- Infection par le virus du Chikungunya
- Infection par le virus du Nil occidental
- Infection par le virus du Zika
- Infection par les virus du séro groupe de Californie (ex. : de Jamestown Canyon et de Snowshoe hare)
- Intoxication par des substances chimiques faisant partie des classes suivantes, lorsque les résultats de mesures d'indicateur biologique obtenus indiquent une valeur anormalement élevée qui dépasse les seuils reconnus en santé publique :
 - Alcools (ex. : alcool isopropylique, alcool méthylique)
 - Cétones (ex. : acétone, méthyle éthyle cétone)
 - Esters (ex. : esters d'acides gras éthoxylés)
 - Gaz et asphyxiants (ex. : monoxyde de carbone, hydrogène sulfuré, acétylène)
 - Glycols (ex. : éthylène glycol)
 - Hydrocarbures et autres composés organiques volatils (ex. : aliphatique, aromatique, halogéné, polycyclique)
 - Métaux et métalloïdes (ex. : plomb, mercure)
 - Pesticides (ex. : insecticides organophosphorés et carbamates)
- Légionellose
- Lèpre
- Leptospirose
- Listériose
- Lymphogranulomatose vénérienne
- Maladie de Chagas
- Maladie de Lyme
- Oreillons
- Poliomyélite
- Psittacose
- Rage
- Rougeole
- Rubéole
- Salmonellose
- Shigellose
- Syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS)
- Syphilis
- Tétanos
- Trichinose
- Tuberculose
- Tularémie
- Typhus

NOTE : Pour les patients résidant à l'extérieur du Québec, déclarer au directeur national de santé publique.