

Department of Health / Ministère de la Santé
Office of the Chief Medical Officer of Health /
Bureau du médecin-hygiéniste en chef
P.O. Box / Case postale 5100
Fredericton, NB / (N.-B.) E3B 5G8
Tel / Tél.: 506-457-4800
Fax / Téléc. : 506-453-8702

Date : March 20, 2020 / Le 20 mars 2020 **Ref./Réf. :**

To/Dest. : All Medical Practitioners / Tout les praticiens médicaux

From/Exp. : Dr. / Dre Cristin Muecke, Deputy Chief Medical Officer of Health / Médecin-hygiéniste en chef adjointe

Copies : Dr. / Dre Jennifer Russell, Chief Medical Officer of Health / Médecin-hygiéniste en chef, Dr. Yves Leger, Dr / Dre Na-Koshie Lamptey, Dr. / Dre Mariane Paquet, Dr. / Dre Kimberley Barker, Dr. Richard Garceau, Dan Coulombe, Rene Boudreau, Alan Bechervaise, Noortje Kunnen

Subject/objet : CORRECTION to March 16 memo / CORRECTION au note du 16 mars

In the recent memo titled “NEW DIRECTION on COVID-19 testing for clinicians”, a referral form was attached. The purpose of this form was to fax a request to the DH COVID-19 Dispatch Centre for patients referred for testing at an assessment centre. The example referral form that was provided to OCMOH for inclusion in the memo reflected inaccuracies and **should not be used**.

Attached is an updated form, as well as a form specific to Réseau de santé Vitalité.

The COVID-19 Dispatch Centre requests that the following information be included on all completed forms that are faxed to 506-462-2040 to ensure patient information is correct and the referral can be directed to the appropriate assessment center:

Patient Name (Last, First)
Gender
Date of Birth
Phone

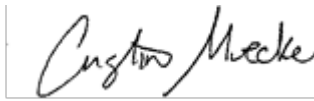
Dans une récente note de service portant sur une NOUVELLE DIRECTIVE concernant les tests de dépistage de la COVID-19 pour les cliniciens, un formulaire de demande de consultation était joint. Ce formulaire devait être faxé au centre de répartition du MS pour la COVID-19 une fois rempli, pour les patients dirigés vers le dépistage dans un centre d'évaluation. Le formulaire de demande de consultation qui avait été fourni au BMHC afin d'être joint à la note de service comportait des erreurs et il ne **doit pas être utilisé**.

Ci-joint le formulaire mis à jour, ainsi qu'un formulaire spécifique au Réseau de santé Vitalité.

Le centre de répartition pour la COVID-19 demande que les renseignements suivants figurent sur tous les formulaires remplis qui sont faxés au 506-462-2040 afin de nous assurer que les renseignements sur le patient sont exacts et que le patient est dirigé vers le centre d'évaluation approprié.

Nom du patient (nom de famille, prénom)
Sexe
Date de naissance
Téléphone

Health Card Number (Medicare)	Numéro d'assurance-maladie
Address	Adresse
City	Ville
Province	Province
Postal Code	Code postal
Primary Care Provider	Fournisseur de soins primaires
Primary Care Provider phone number	Numéro de téléphone du fournisseur de soins primaires
Preferred Language	Langue de préférence



Dr./D^{re} Cristin Muecke, MD, MSc, FRCPC
Deputy Chief Medical Officer of Health / Médecin-hygiéniste en chef adjointe