

Formulaire de demande d'essai d'ajustement (Fit-test)

Unités de soins préautorisées

DEMANDEUR

Nom : _____	Prénom : _____	
Titre d'emploi : _____		
Coordonnées : _____	Poste _____	Cell. : _____

UNITÉ DE SOINS

Choisissez un élément.

LIEU

Choisissez un élément.

INSCRIPTIONS DEMANDÉES

Nom, Prénom	Matricule	Titre d'emploi	*Médecin*	Plage horaire ¹		
			Inscrire la spécialité	Choix 1	Choix 2	Choix 3
		Choisissez un élément.				
		Choisissez un élément.				
		Choisissez un élément.				
		Choisissez un élément.				
		Choisissez un élément.				
		Choisissez un élément.				

RAISON(S) DE LA DEMANDE

SECTION RÉSERVÉE - SSST

Autorisée	Date : _____	Réponse envoyée	Date : _____
Autorisée avec modification(s)	Date : _____	Réponse envoyée	Date : _____
Refusée	Date : _____	Réponse envoyée	Date : _____
Raison(s) : _____			

Analyse clinique demandée à : _____	Date : _____		
Autorisée	Date : _____	Réponse envoyée	Date : _____
Autorisée avec modification(s)	Date : _____	Réponse envoyée	Date : _____
Refusée	Date : _____	Réponse envoyée	Date : _____
Raison(s) : _____			

S.V.P., veuillez retourner le formulaire à :

fit.test.cisssca@ssss.gouv.qc.ca

¹ Pour connaître les plages horaires disponibles hebdomadairement, voir la section COVID-19 | Communication au personnel, aux gestionnaires et aux médecins | Ressources humaines | Santé et sécurité au travail | Horaire des essais d'ajustement (fit-test).