

Outil de travail SILO-DTCSR - 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-DTCSR. 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

The screenshot shows the ONE ID login interface. At the top, the 'ONE ID' logo is displayed in blue, with 'Identity & Access Management' in smaller text below it. A message states: 'ONE® ID identity and access management enables secure access to eHealth services.' Below this, a prompt reads: 'Please log in with your login ID and password.' There are two input fields: the first is labeled '*Login:' and contains the text 'jane.smith@oneid.on.ca'; the second is labeled '*Password:' and contains a series of dots. A blue 'Login' button is positioned below the password field. At the bottom of the form, 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
Challenge Phone Number(s) (more info)					
(647) 283-2759					Delete Change
Add a number (optional)					
Challenge Questions (more info)					
Online					Answer
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

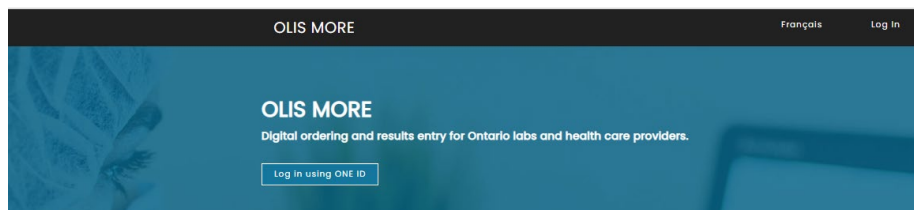
Pour mettre à jour vos questions pour l'authentification en ligne ou au centre de services :

- 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.

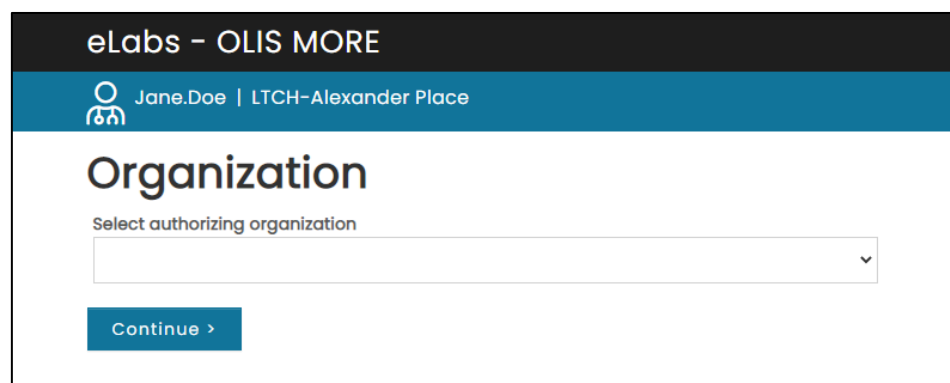
Création d'une demande de test COVID-19

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

1. Connectez-vous à SILO-DTC SRD : <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 2 3 4 5 6

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

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.

Demander

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

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 2 3 4 5 6 7

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 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

2. Un appel à la résolution du problème concernant le patient sera lancé.
3. 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

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

PAS DE CARTE SANTÉ

1. Remplissez le formulaire avec toutes les informations requises sur le patient.
2. Cochez la case **Je confirme qu'il s'agit du bon patient**.
3. 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

Valider

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

☐ Aucune carte Santé

Précédent **Suivant** **Enregistrer pour plus tard**

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

1 2 3 4 5 6 7

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.

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)

Précédent **Suivant** **Enregistrer pour plus tard**

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

✓

✓

✓

4

3

5

7

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

✓

✓

✓

✓

3

6

7

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

✓

✓

✓

✓

✓

6

?

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

Destination et auteur
Renseignements sur le patient
Cadre de consultation du patient
Historique des 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.

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

1 - Submitter Lab Number (if applicable):

Ordering Clinician (required)
Surname, First Name: MCCLINTOCK, WILLIAM
OHIP/CPSP/Prof. License No.: 11694
Name of clinic /facility/health unit: Training Clinic
Address: 207-679 DAVIS DRIVE
Newmarket, ON L3Y 5G8
Phone: 123-123-1234 Fax:

☐ Other Authorized Health Care Provider:
Surname, First Name:
OHIP/CPSP/Prof. License No.:
Name of clinic /facility/health unit:
Address:

For laboratory use only

Date received (yyyy-mm-dd):
PHOL No.:
2 - Patient Information
Health Card No.: 2000-058-548 Medical Record No.:
Last Name: AAFONavy
First Name: Royal
Date of Birth: 1940-12-12 Sex: Male
Address: 750 York Mills Rd Apt#1234
Toronto, ON M3B 1X3
Phone No.: 416-555-3333
Investigation or Outbreak No.:

6 - Specimen Type
Specimen collection date (yyyy-mm-dd hh:mm): 2024-03-25 14:16
☒ NPS

8 - COVID-19 Vaccination Status
☒ Received all required doses >14 days ago. ☐ Unimmunized or not fully immunized. ☐ Unknown

9 - Clinical Information
☒ Asymptomatic ☐ Symptomatic ☐ Unknown
Date of symptom onset (yyyy-mm-dd):
☐ Cough ☐ Fever / temperature, if known:
☐ Pneumonia ☐ Sore Throat
☐ Pregnant
☐ Other (Specify):

3 - Travel History
Travel to:
Travel Date (yyyy-mm-dd): Return Date (yyyy-mm-dd):

4 - Exposure History
Exposure to probable or confirmed case? ☐ Yes ☒ No
Exposure details:
Date of symptom onset (yyyy-mm-dd):

5 - Test(s) Requested
☒ COVID-19 Virus
☐ Respiratory Virus Panel including COVID

7 - Patient Setting / Type
☒ Assessment Centre
Only if applicable, indicate the reason for testing:
☒ Healthcare Worker

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

Ontario

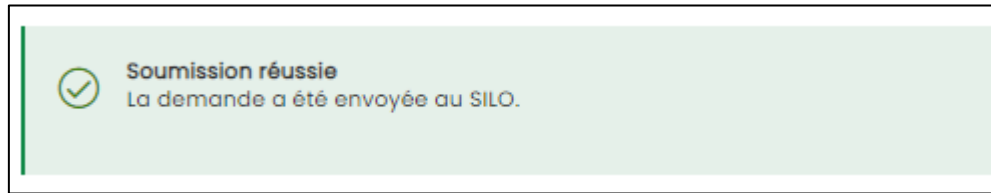
☐ Je confirme que tous les renseignements saisis sont exacts

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
Submitted electronically to go to 10-11-4750
ALL Sections of this form must be completed at every visit

5XHTF4TP8PN

1. Submitter Lab Number (if applicable): Ordering Clinician (required) Surname, First Name: MCCLINTOCK, WILLIAM Order/Referral/Prof. License No.: 18084 Name of clinic: Training Clinic Facility/Health Unit: Address: 201-679 DAVIS DRIVE Newmarket, ON L3Y 5G8 Phone: 123-123-1234 Fax: <input type="checkbox"/> Other Authorized Health Care Provider: Surname, First Name: Order/Referral/Prof. License No.: Name of clinic: Facility/Health Unit: Address:	For laboratory use only Date received (yyyy-mm-dd): 2. Patient Information Health Card No.: 2000-058-848 Medical Record No.: QPSU-S6RT-P87V-SM95 Last Name: AAFONavy First Name: Royal Date of Birth: 1940-12-12 Sex: Male Address: 750 York Mills Rd Apt 1234 Toronto, ON M3B 1X3 Phone No.: 416-555-3333 Investigation or Outbreak No.: 3. Travel History Travel to: Travel Date (yyyy-mm-dd): Return Date (yyyy-mm-dd): 4. Exposure History Exposure to probable or confirmed case? <input type="checkbox"/> Yes <input checked="" type="checkbox"/> No Exposure Date of symptom onset (yyyy-mm-dd): 5. Test(s) Requested <input checked="" type="checkbox"/> COVID-19 virus <input type="checkbox"/> Respiratory Virus Panel including COVID 7. Patient Setting / Type <input checked="" type="checkbox"/> Assessment Centre Only if applicable, indicate the reason for testing: <input checked="" type="checkbox"/> Healthcare Worker
--	--

6. Specimen Type
 Specimen collection date (yyyy-mm-dd) **2023-10-18**
 Time: **11:30**
☒ Anterior Nasal (Nose)
☐ Other (Specify):

8. COVID-19 Vaccination Status
☒ Received all required
 doses >14 days ago ☐ Unimmunized or
 not fully
 immunized ☐ Unknown

9. Clinical Information
☒ Asymptomatic ☐ Symptomatic ☐ Unknown
 Date of symptom onset (yyyy-mm-dd):
☐ Cough ☐ Fever / temperature, if
 present
☐ Pneumonia ☐ Sore Throat
☐ Pregnant
☐ Other (Specify):

Confidential Document - Contains Personal Health Information
 Generated by: Betate, 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

Test date	MRN
2023-10-18	6998-QPSU-S6RT-P87V-SM95
Facility	Verification code
Training Clinic	58D-7B6E-482
Phone	
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	Rapports des résultats			
Patient	Enregistré	Enregistré par	Dernière étape achevée	Supprimer
TestPatientN TestPatientFN	2024-03-25 14:01	Aery, Rajesh	Renseignements sur le patient	
TestPatientN TestPatientFN	2024-03-25 13:31	Aery, Rajesh	Renseignements sur le patient	
TestPatientN TestPatientFN	2024-03-25 13:01	Aery, Rajesh	Renseignements sur le patient	
TestPatientN TestPatientFN	2024-03-25 12:31	Aery, Rajesh	Renseignements sur le patient	
TestPatientN TestPatientFN	2024-03-25 12:02	Aery, Rajesh	Renseignements sur le patient	
TestPatientN TestPatientFN	2024-03-25 11:31	Aery, Rajesh	Renseignements sur le patient	
TestPatientN TestPatientFN	2024-03-25 11:01	Aery, Rajesh	Renseignements sur le patient	
TestPatientN TestPatientFN	2024-03-25 10:31	Aery, Rajesh	Renseignements sur le patient	
TestPatientN TestPatientFN	2024-03-25 10:01	Aery, Rajesh	Renseignements sur le patient	
TestPatientN TestPatientFN	2024-03-25 09:31	Aery, Rajesh	Renseignements sur le patient	
TestPatientN TestPatientFN	2024-03-25 09:01	Aery, Rajesh	Renseignements sur le patient	
TestPatientN TestPatientFN	2024-03-25 08:31	Aery, Rajesh	Renseignements sur le patient	
TestPatientN TestPatientFN	2024-03-25 08:02	Aery, Rajesh	Renseignements sur le patient	
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.