

Programme de dépistage de la COVID-19 au Québec

CONSENTEMENT ET AUTORISATION

Tests antigéniques rapides



Je reconnais par la présente ce qui suit :

Comme c'est le cas de toutes les analyses de laboratoire, les analyses antigéniques et de sérologie de la COVID-19 rapides comportent des limites inhérentes, telles qu'un risque de faux positif/ négatif.

La Clinique Priva Santé ne fait aucune représentation ni ne donne aucune garantie de quelque nature que ce soit à l'égard des tests antigéniques et des tests immunologiques in vitro pour la détection direct et qualitative des IgM anti-SRAS-CoV-2 et IgG anti-SARS-Cov-2 dans le sang total humain.

En aucun cas la Clinique Priva Santé ne sera responsable des dommages que je pourrais subir (y compris, mais sans s'y limiter, tous dommages indirects, accessoires, conséquents, punitifs, spéciaux ou exemplaires) découlant des résultats et/ou des rapports d'analyse antigénique et/ou de sérologie de la COVID-19 qu'elle effectue et/ou ne parvient pas à effectuer pour quelque raison que ce soit.

Je comprends que si mon test indique un résultat positif pour la détection d'antigène COVID-19, la Clinique Priva Santé est tenue d'en faire rapport à l'autorité provinciale de santé publique. Mon nom, mon adresse et mon numéro de téléphone seront fournis à l'agence de santé publique pour lui permettre de rechercher les contacts et fournir, au besoin, des services de soutien ayant trait à la COVID-19. Je comprends également que l'agence de santé publique pourra me contacter dans le cadre de ses obligations en vertu des règlements provinciaux de surveillance de la santé. De plus, une confirmation doit également être fait par un prélèvement PCR.

Nom du patient : _____ Date : _____

Signature : _____

Autorisation de communiquer des résultats d'analyses de biologie médicale contenus au dossier

J'autorise le personnel de la clinique Priva Santé à communiquer les résultats d'analyses et de dépistage de la Covid antigénique à mon employeur.

Signature : _____