

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.

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 : <https://sso.ehealthontario.ca/oneid-login-web/>



The screenshot shows the ONE ID login interface. At the top, it features the ONE ID logo and the text 'Identity & Access Management'. Below this, a descriptive sentence reads: 'ONE® ID identity and access management enables secure access to eHealth services.' The main instruction is 'Please log in with your login ID and password.' There are two input fields: '*Login:' containing the email address 'jane.smith@oneid.on.ca' and '*Password:' with masked characters. A 'Login' button is positioned below the password field. At the bottom, 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 :

1. Sélectionnez l'onglet **Challenge Information** (Informations d'authentification).
2. Dans la section **Challenge Phone Number(s)** (Numéros de téléphone pour l'authentification), vous pouvez ajouter, supprimer ou modifier un numéro de téléphone :
 - a. Pour supprimer un numéro, cliquez sur **Delete** (Supprimer) à côté de celui-ci.
 - b. 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 :

1. Sélectionnez l'onglet **Challenge Information** (Informations d'authentification).
2. Dans la section **Challenge Questions** (Questions d'authentification) :
 - a. Cliquez sur **Change** (Modifier) à côté de la ou des questions que vous souhaitez mettre à jour.

b. Saisissez la réponse appropriée.

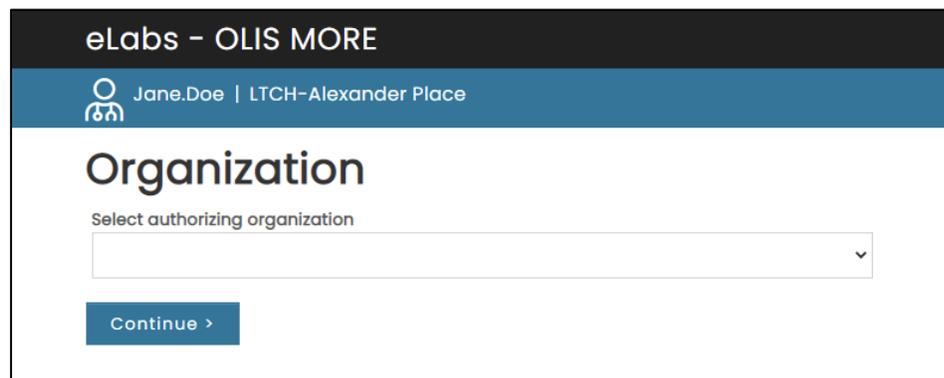
Création d'une demande de test COVID-19

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

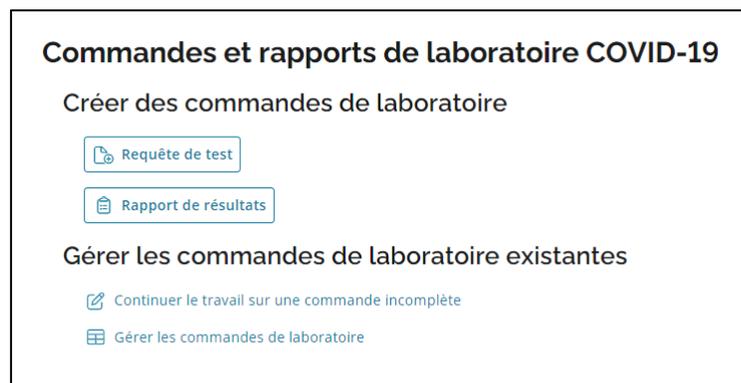
1. Connectez-vous à SILO-DTCSR : <https://olis-more.accessonehealth.ca/>



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 Destination et auteur 2 Renseignements sur le patient 3 Cadre de consultation du patient 4 Historique de voyages et d'expositions 5 Renseignements cliniques 6 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.

Demandeur

Type de praticien

Doctor

Praticien prescripteur

MCCLINTOCK, WILLIAM - 11694

Entrez le numéro de permis ou 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

Poste (facultatif)

Exemple: 12345

Suivant

5. Cliquez sur **Continuer**.

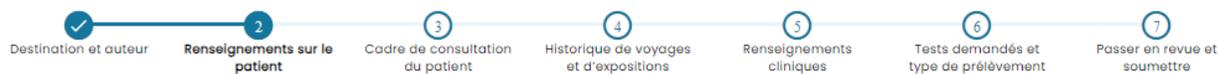
Remarque : Champs **Destination** et **Submitter** (Auteur de la demande)

🔗 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



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

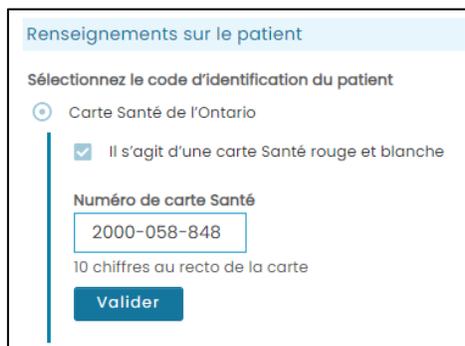
Je confirme qu'il s'agit du bon patient [Changer de patient](#)

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.

- 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.
- Cliquez sur **Continuer**.

CARTE SANTÉ ROUGE ET BLANCHE

- 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

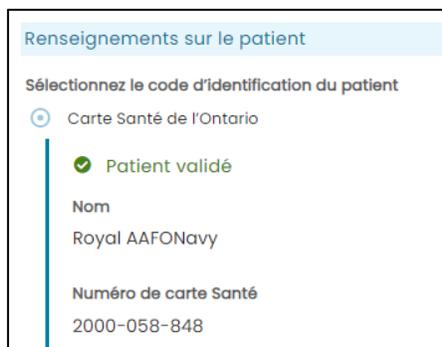
Numéro de carte Santé

2000-058-848

10 chiffres au recto de la carte

Valider

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

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

PAS DE CARTE SANTÉ

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

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

Aucune carte Santé

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 ✓ Destination et auteur
2 ✓ Renseignements sur le patient
3 **Cadre de consultation du patient**
4 Historique de voyages et d'expositions
5 Renseignements cliniques
6 Tests demandés et type de prélèvement
7 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

1 ✓ Destination et auteur
2 ✓ Renseignements sur le patient
3 ✓ Cadre de consultation du patient
4 **Historique de voyages et d'expositions**
5 Renseignements cliniques
6 Tests demandés et type de prélèvement
7 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

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 de l'échantillon** pour imprimer l'étiquette de l'échantillon. Cliquez sur la flèche pour télécharger le document.
6. Cliquez sur **Continuer**.

Demande de test pour la COVID-19

Patient: AAFONavy, Royal

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)

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](#)

- ❓ **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.
- ❓ 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.

Réviser et soumettre

- ❓ 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 ».
- ❓ Cochez la case à côté de **Je confirme que toutes les informations saisies sont correctes.**
- ❓ 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 de voyages et d'expositions
✓ Renseignements cliniques
✓ Tests demandés et type de prélèvement
1 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



SBXPV41F1XG

COVID-19 Test Requisition

ALL Sections of this form must be completed at every visit

<p>1 - Submitter Lab Number (if applicable):</p> <p>Ordering Clinician (required) Suriname, First Name: MCCLINTOCK, WILLIAM OHIP/CPSO/Prof. License No.: 11694 Name of clinic: Training Clinic /facility/health unit: Address: 207-479 DAVIS DRIVE Newmarket, ON L3Y 5G8 Phone: 123-123-1234 Fax: <input type="checkbox"/> Other Authorized Health Care Provider: Suriname, First name: OHIP/CPSO/Prof. License No.: Name of clinic: /facility/health unit: Address:</p> <p>6 - Specimen Type Specimen collection date (yyyy-mm-dd hh:mm): 2024-03-25 14:16 <input checked="" type="checkbox"/> NPS</p> <p>8 - COVID-19 Vaccination Status <input checked="" type="radio"/> Received all required doses >14 days ago. <input type="radio"/> Unimmunized or not fully immunized. <input type="radio"/> Unknown</p> <p>9 - Clinical Information <input checked="" type="checkbox"/> Asymptomatic <input type="checkbox"/> Symptomatic <input type="checkbox"/> Unknown Date of symptom onset (yyyy-mm-dd): <input type="checkbox"/> Cough <input type="checkbox"/> Fever / temperature, if known: <input type="checkbox"/> Pneumonia <input type="checkbox"/> Sore Throat <input type="checkbox"/> Pregnant <input type="checkbox"/> Other (Specify):</p>	<p>For laboratory use only Date received (yyyy-mm-dd): PHOL No.: 2 - Patient Information Health Card No.: Medical Record No.: 2000-058-848 Last Name: AAFONavy First Name: Royal Date of Birth: 1940-12-12 Sex: Male (yyyy-mm-dd): Address: 750 York Mills Rd Apt#1234 Toronto, ON M3B 1X3 Phone No.: 416-555-3333 Investigation or Outbreak No.:</p> <p>3 - Travel History Travel to: Travel Date (yyyy-mm-dd): Return Date (yyyy-mm-dd):</p> <p>4 - Exposure History Exposure to probable or confirmed case? <input type="radio"/> Yes <input checked="" type="radio"/> No Exposure details: Date of symptom onset (yyyy-mm-dd):</p> <p>5 - Test(s) Requested <input checked="" type="checkbox"/> COVID-19 Virus <input type="checkbox"/> Respiratory Virus Panel including COVID</p> <p>7 - Patient Setting / Type <input checked="" type="checkbox"/> Assessment Centre Only if applicable, indicate the reason for testing: <input checked="" type="checkbox"/> Healthcare Worker</p>
--	--

Confidential Document - Contains Personal Health Information
 Generated by: Battisa, 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.

 **Something went wrong...**
Submission was not successful.
Please try again or call the service desk at 1-866-250-1554 with the following details.

[Show/hide details](#)

Session number:
p-ZCCKMNY7PFIDEVDI6eVH4JK7KeZowb

Transaction ID:
NY7PFIDEVDI6eVH4JK7KeZowb:20210427100650

Date / Time:
2021-04-27 10:06:51 AM

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.**

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, et l'étiquette

1. Imprimez la demande si nécessaire en cliquant sur le lien **Demande**.
2. 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 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'ETIQUETTE POUR LE PATIENT ET D'ETIQUETTE DE L'ECHANTILLON :

Submitted electronically to an OIA #158

5XHTF4TP8PN

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: MCCLEINTOCK, WILLIAM Ont/PCO/Prof. License No.: 51884 Name of clinic: Training Clinic Facility/Dept. Unit: Address: 201 679 GARDEN DRIVE North York, ON L2Y 6G8 Phone: 416-323-1234 Fax:	For laboratory use only Date received: <input type="text"/> AM/CL: <input type="text"/> Submitted by:
44 <input type="checkbox"/> Other Authorized Health Care Provider: Surname, First Name: Ont/PCO/Prof. License No.: Name of clinic: Facility/Dept. Unit: Address:	2 - Patient Information Health Card No.: 2000-058-848 Medical Record No.: QMSJ-0001-0079-0005 Last Name: AAFONavy First Name: Royal Date of Birth: 1940-12-12 Sex: Male Address: 750 York Mills Rd Apt#1234 Toronto, ON M2B 1K3 Phone No.: 416-555-2333 Investigation or Outbreak No.:
3 - Specimen Type Specimen collection date: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 2023-10-18 11:30 <input checked="" type="checkbox"/> Anterior Nasal Swab	3 - Travel History Trip to: Trip Date: <input type="text"/> Return Date: <input type="text"/>
4 - COVID-19 Vaccination Status <input checked="" type="checkbox"/> Received all required doses 14 days ago <input type="checkbox"/> Unvaccinated or partially vaccinated	4 - Exposure History Exposure to probable or confirmed case? <input type="checkbox"/> Yes <input checked="" type="checkbox"/> No Exposure date: Date of exposure onset: <input type="text"/>
5 - Clinical Information <input checked="" type="checkbox"/> Asymptomatic <input type="checkbox"/> Symptomatic <input type="checkbox"/> Unknown Date of symptom onset: <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Slight <input type="checkbox"/> Fever <input type="checkbox"/> Sore Throat <input type="checkbox"/> Pneumonia <input type="checkbox"/> Cough <input type="checkbox"/> Hoarse <input type="checkbox"/> Other (Specify):	5 - Tests Requested <input checked="" type="checkbox"/> COVID-19 virus <input type="checkbox"/> Respiratory Virus Panel including COVID-19
Confidential Document - Contains Personal Health Information Generated by: Seneca, Seneca 2023-10-18 11:30:11	7 - Patient Setting / Type <input checked="" type="checkbox"/> Assessment Centre <input type="checkbox"/> Outpatient - Please indicate reason for testing <input type="checkbox"/> Healthcare Worker

Ontario

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.

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 TestPatientN	2024-03-25 14:01	Aery, Rajesh	Renseignements sur le patient	<input type="checkbox"/>
TestPatientN TestPatientN	2024-03-25 13:31	Aery, Rajesh	Renseignements sur le patient	<input type="checkbox"/>
TestPatientN TestPatientN	2024-03-25 13:01	Aery, Rajesh	Renseignements sur le patient	<input type="checkbox"/>
TestPatientN TestPatientN	2024-03-25 12:31	Aery, Rajesh	Renseignements sur le patient	<input type="checkbox"/>
TestPatientN TestPatientN	2024-03-25 12:02	Aery, Rajesh	Renseignements sur le patient	<input type="checkbox"/>
TestPatientN TestPatientN	2024-03-25 11:31	Aery, Rajesh	Renseignements sur le patient	<input type="checkbox"/>
TestPatientN TestPatientN	2024-03-25 11:01	Aery, Rajesh	Renseignements sur le patient	<input type="checkbox"/>
TestPatientN TestPatientN	2024-03-25 10:31	Aery, Rajesh	Renseignements sur le patient	<input type="checkbox"/>
TestPatientN TestPatientN	2024-03-25 10:01	Aery, Rajesh	Renseignements sur le patient	<input type="checkbox"/>
TestPatientN TestPatientN	2024-03-25 09:31	Aery, Rajesh	Renseignements sur le patient	<input type="checkbox"/>
TestPatientN TestPatientN	2024-03-25 09:01	Aery, Rajesh	Renseignements sur le patient	<input type="checkbox"/>
TestPatientN TestPatientN	2024-03-25 08:31	Aery, Rajesh	Renseignements sur le patient	<input type="checkbox"/>
TestPatientN TestPatientN	2024-03-25 08:02	Aery, Rajesh	Renseignements sur le patient	<input type="checkbox"/>

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.