

FORMULAIRE DE DEMANDE DE DÉPISTAGE DE LA COVID-19 POUR LES ONS

Date de la demande				
Nom de l'organisme national de sport				
Nom de la personne de contact				
		Courriel		
		# de téléphone		
Lieu des tests (adresse complète)				
Nom de l'événement				
Raison du dépistage pour la COVID-19				
Dates requises (y compris le retour d'un jour)				
Adresse d'expédition (si différente de l'emplacement du test)				
Nom du médecin traitant				
Statut de la formation bCUBE du médecin		Terminé	Pas terminé	
Nombre d'unités de test bCUBE requises				
Nombre de tests (24 par lot)		Les ONS sont responsables pour les tests non utilisés Si requis, veuillez fournir la liste d'athlètes		
Nombre d'athlète de HP	Prochaine génération			
	Équipe nationale senior			
L'ONS a assuré la disponibilité d' ÉPI pour le prélèvement d'échantillons		Oui	Non	
Décrivez brièvement l'ÉPI et l'environnement de contrôle :				
Nom du/de la DHP de l'ONS : Signature:		NSO Medical Practitioner Name: Signature:		