

REQUÊTE D'ANALYSES EXTERNE EN PATHOLOGIE

Priorité de la demande : **URGENT** Routine

IDENTIFICATION DU PRESCRIPTEUR

Écrire lisiblement en lettres moulées

Nom, prénom : _____ N° permis : _____

Clinique/adresse : _____

Téléphone : _____ Télécopieur : _____

SIGNATURE : _____

COPIE CONFORME

Nom, prénom : _____ N° permis : _____

Clinique/adresse : _____

Requête reçu le : _____ (aaaa/mm/jj) _____ h _____

Enregistré par : _____

IDENTIFICATION DE L'USAGER

Adressographe, coller une étiquette ou inscrire les informations :

Nom, prénom : _____

N° RAMQ :ou N° dossier _____

Date de naissance : _____ Sexe : F H
(aaaa/mm/jj)

Adresse et téléphone : _____

ÉCHANTILLONS

Date du prélèvement : _____ (aaaa/mm/jj) _____ h _____

N° de l'entente de service : _____

PATHOLOGIE

NOMBRE TOTAL DE POTS :

N° CONTENANTS	NOMBRE DE PIÈCES SÉPARÉES (SI APPLICABLE)	SITE ANATOMIQUE, ORGANE OU TISSUS PRÉLEVÉS	RENSEIGNEMENT CLINIQUE OBLIGATOIRE
1			
2			
3			
4			
5			

ESPACES SUPPLÉMENTAIRES AU VERSO →

ESPACE RÉSERVÉ POUR LE LABORATOIRE

Temps de fixation : 4-6 hres 6-12 hres 12-24 hres 24-48 hres 48-72 hres > 72 hres

Date et heure de fixation : _____
aaaa/mm/jj h

Réception : _____ Macro : _____ Inclusion : _____
Initiales Initiales Initiales

P	R	C	colo
---	---	---	------

PATHOLOGIE (SUITE)

N° CONTENANTS	NOMBRE DE PIÈCES SÉPARÉES (SI APPLICABLE)	SITE ANATOMIQUE, ORGANE OU TISSUS PRÉLEVÉS	RENSEIGNEMENT CLINIQUE PERTINENT
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			

ESPACE RÉSERVÉ AU LABORATOIRE**COLLER N° D'ÉCHANTILLON DU LABORATOIRE ICI**