

DEMANDE DE REVISION DE COUPES HISTOLOGIQUES

CLINICIEN DEMANDEUR

*Auriez-vous l'obligeance de faire parvenir AU SERVICE DE PATHOLOGIE DE L'HÔTEL-DIEU DE QUÉBEC-CRCEO **toutes les coupes histologiques, les blocs de paraffine ainsi que le rapport de pathologie** de la personne ci-dessous mentionnée.*

Nous vous remercions à l'avance de votre précieuse collaboration.

NOM & PRÉNOM : _____

pratique : _____

(en lettres moulées)

SERVICE : _____

IDENTIFICATION DU BÉNÉFICIAIRE ET RENSEIGNEMENTS

NOM & PRÉNOM :

DOSSIER HDQ :

DATE DE NAISSANCE :

RAMQ :

HÔPITAL OÙ L'INTERVENTION A ÉTÉ PRATiquÉE :

LEUR NUMÉRO DE DOSSIER (SI CONNU) :

LEUR NUMÉRO DE PATHOLOGIE (SI CONNU) :

TYPE D'INTERVENTION :

DATE DU PRÉLÈVEMENT :

DATE D'ENVOI :

*S.V.P RETOURNER PAR ENVELOPPE INTERDEPARTEMENTALE AU SECRETARIAT DE PATHOLOGIE OU PAR FAX AU TEL : **418 691-5226***

MATERIEL EXPÉDIÉ :

Nombre de lames : _____ Nombre de blocs : _____ Copie du rapport : oui__non__