Demande de révision de coupes histologiques

IDENTIFICATION DU PATIENT

NOM : _____

PRÉNOM : _____

RAMQ : _____

DATE DE NAISSANCE (AAAA/mm/jj) __ _____

SEXE M ☐ F ☐

DOSSIER _____ SITE _____

Clinicien demandeur	
Nom du médecin requérant:	Numéro de pratique:
Service:	Adresse de correspondance:
Numéro de téléphone:	Numéro de télécopieur:
Renseignements complémentaires	
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 (aaaa/mm/jj):	Date de l'envoi (aaaa/mm/jj):
Raison de la demande de révision:	
Coordonnées pour transmission	
Transmettre ce formulaire au secrétariat de pathologie ou par télécopieur : Hôpital du Saint-Sacrement Télécopieur : (418) 682-7383 L'Hôtel-Dieu de Québec Télécopieur : (418)-691-5226	