

PRELEVEUR

* LOCALISATION _____

* DATE PRÉL. : ____ / ____ / ____ * HEURE : ____ : ____

* NOM ET PRÉNOM LISIBLES _____

PRESCRIPTEUR

* NOM ET PRÉNOM COMPLETS _____ * NO DE PERMIS _____

* TRANSMISSION DU RÉSULTAT À (NOM DE LA CLINIQUE) _____

MD EN COPIE (NOM ET PRÉNOM LISIBLES) _____ NO DE PERMIS _____

NOM DE LA CLINIQUE DU MD EN COPIE _____

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

SYSTÈME URINAIRE

Miction spontanée Cathéter

Reconstruction vésicale Brossage

Vessie iléale Lavage

Urètre Cytoponction

Lavage vésical

Rein Droit

Rein – bassinnet Gauche

Urètre

Recherche de polyomavirus

Autre : _____

LIQUIDES

Pleural Péritonéal

Ascite Cul-de-sac Douglas

Articulaire Goutt. para-colique

Péricardique Sous-diaphragmatique

L.C.R. Sus-hépatique

Kyste ovarien

Autre : _____

droit gauche lavage

SEIN

Droit Gauche

Écoulement

Cytoponction : Nodule solide Kyste

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

Radiothérapie Chimiothérapie BCG

Aspect radiologique :

Aspect endoscopique :

Signature du requérant : _____

*RAMQ _____ DOSSIER _____

* DATE DE NAISSANCE _____ * SEXE M F

Pour les usagers qui n'ont pas de RAMQ (exclusivement) AA/MM/JJ

* NOM _____ * PRÉNOM _____

NOM DE LA MÈRE _____

N° CHAMBRE _____

ADRESSE _____

NO CIVIQUE/RUE _____ APT _____

CODE POSTAL _____ TÉLÉPHONE _____

Utiliser la carte d'assurance maladie, l'étiquette autocollante ou la carte de l'hôpital.

URGENT

SYSTÈME PULMONAIRE

Expectoration

Sécrétions bronchiques*

Brossage bronchique*

Lavage bronchique*

Lavage bronchiolo-alvéolaire*

Décompte cellulaire (*disponible au laboratoire de cytologie à l'Enfant-Jésus*)

Recherche de *pneumocystis jirevoci*

Recherche de champignons

Recherche de lipophages (*spécimen à l'état frais*)

Recherche de sidérophages

BTTA*

EBUS (cytoponction sous échographie endobronchique)

* Lobe : Supérieur Moyen Inférieur

Droit Gauche

SYSTÈME DIGESTIF

Œsophage Estomac

Cardia Voies biliaires

Duodénum Cholédoque

Foie Pancréas

Autre : _____

Brossage Cytoponction Lavage

AUTRES CYTOPONCTIONS

Cou Peau

Thyroïde Vulve

Ganglion lymphatique Recherche d'inclusion

Œil Humeur aqueuse

Humeur vitrée

Glande salivaire : _____

Autre : _____

Droit Gauche

À L'USAGE DU LABORATOIRE

FR _____	IH _____	DX
FF _____	CS _____	
C _____		
CC _____		
BC _____		
Aspect : _____		
Volume : _____		