

REQUÊTE D'ANALYSES – PATHOLOGIE

PRELEVEUR	LOCALISATION	RAMQ	DOSSIER	
	DATE PRÉL. : / /	HEURE : :	SITE	N° CHAMBRE/CIVIÈRE
PRESCRIPTEUR	NOM ET PRÉNOM LISIBLES	DATE DE NAISSANCE	SEX M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	AA/MM/JJ
	NOM ET PRÉNOM COMPLETS	NO DE PERMIS	NOM	PRÉNOM
PRESCRIPTEUR	TRANSMISSION DU RÉSULTAT À (NOM DE LA CLINIQUE)	NOM DE LA MÈRE	ADRESSE	
	MD EN COPIE (NOM ET PRÉNOM LISIBLES)	NO DE PERMIS	NO CIVIQUE/RUE	APT
PRESCRIPTEUR	NOM DE LA CLINIQUE DU MD EN COPIE	ADRESSE	NO CIVIQUE/RUE	APT
	RENSEIGNEMENTS CLINIQUES	CODE POSTAL	TÉLÉPHONE	

URGENT ÉTAT FRAIS EXTEMPORANÉ

DIAGNOSTIC PRÉ-OPÉRATOIRE/OPÉRATION/RENSEIGNEMENTS CLINIQUES	Étiquette du laboratoire
---	-------------------------------------

SITE DU PRÉLÈVEMENT (A, B, C, etc.)

À L'USAGE EXCLUSIF DU LABORATOIRE DE PATHOLOGIE

ESTAMPE
NON CONFORMITÉ

ESTAMPE
NON CONFORMITÉ

FIXATEUR B5 OUI

DÉCALCIFICATION OUI TYPE:

PHOTOGRAPHIE OUI

RADIOGRAPHIE OUI

CYTOGÉNÉTIQUE OUI PATHOLOGISTE/RÉSIDENT:

BIOLOGIE MOLÉCULAIRE OUI TECHNICIEN:

RÉCEPTION: _____

DÉBUT DE LA FIXATION: _____

FIN DE LA FIXATION: _____