



Nom

Prénom

RAMQ

Sexe

## HISTOPATHOLOGIE

### LIEU DU PRÉLÈVEMENT

- OBLIGATOIRE**
- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Salle d'opération   | <input type="checkbox"/> Endoscopie         | <input type="checkbox"/> Salle d'urgence                    |
| <input type="checkbox"/> Chirurgie mineure   | <input type="checkbox"/> Cliniques externes | <input type="checkbox"/> Hospitalisation no. chambre: _____ |
| <input type="checkbox"/> Chirurgie d'un jour   | <input type="checkbox"/> Colposcopie        |   |
| <input type="checkbox"/> Radiologie  |   |   |
| <input type="checkbox"/> Privé (Obligatoire : inscrire l'adresse de la clinique sous la signature du Md) |   |   |

Téléphone du patient :

**Utiliser la carte de l'hôpital Santa Cabrini ou la carte d'assurance maladie du Québec.**

**En l'absence d'une de ces cartes :** inscrire le nom, la date de naissance, le sexe, l'adresse, et numéro de téléphone du patient sur la requête. Les services seront rendus en conformité avec la Loi sur l'assurance maladie du Québec.

- URGENT  MARGE MACROSCOPIQUE

- CONSULTATION PEROPÉRATOIRE (Congélation) : # salle \_\_\_\_\_ poste tél. \_\_\_\_\_

### NATURE ET PROVENANCE DU SPÉCIMEN :

### DATE ET HEURE DU PRÉLÈVEMENT :

### RENSEIGNEMENTS CLINIQUES :

### MÉDECIN REQUÉRANT

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ No de téléphone ( ) - \_\_\_\_\_ No de permis \_\_\_\_\_ Date (AAAA/MM/JJ) \_\_\_\_\_  
(en lettres moulées)

### SIGNATURE DU MÉDECIN REQUÉRANT :

**Privé obligatoire :** Nom de la clinique et adresse complète

↓ ESPACE RÉSERVÉE AU LABORATOIRE ↓

### SCHÉMA GRAPHIQUE (si pertinent) ou autres informations :

Réception	
Nombre de spécimens	
Congélation	
Nombre de cassettes	
Dermato	+2 / -2
Lithiase	+ / -
Nombre de Photos	
Envoi	

Horodateur

- Rapport d'incident  
 Non-conformité

# \_\_\_\_\_

# \_\_\_\_\_ -70°C

### Congélation

Heure de transmission du résultat

\_\_\_\_\_ h \_\_\_\_\_

### Étiquette laboratoire

- Suite de congélation :

\_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_