

NOTE DE SERVICE MEMORANDUM

date: 2019-08-30

à : **Tous les médecins et clients des laboratoires de microbiologie du CUSM et de l'Hôpital général juif**
to: **All physicians and clients of the MUHC and JGH Microbiology laboratories**

de: Dr. Donald Sheppard	Dr. Gerasimos J. Zaharatos
from: Directeur de mycologie médicale, OPTILAB Montréal-CUSM	Chef de microbiologie médicale, OPTILAB Montréal-CUSM
Director of Medical Mycology, OPTILAB Montreal-MUHC	Chief of Medical Microbiology, OPTILAB Montreal-MUHC

Objet : **Tests pour le diagnostic d'histoplasmose, blastomycoïose ou coccidioïdomycose et exigences du MSSS pour l'obtention de tests de laboratoire non disponibles au Québec.**
subject: **Testing for Histoplasma, Blastomyces or Coccidioides and MSSS requirements for obtaining laboratory tests that are not available in Quebec**

Chers collègues,

Nous recevons un nombre croissant de demandes de tests pour le diagnostic des infections à champignons dimorphes, notamment l'*Histoplasma*, le *Blastomyces* et parfois le *Coccidioides*. Les tests pour la détection des anticorps et des antigènes pour ces champignons ne sont disponibles qu'aux États-Unis. Pour toutes les analyses effectuées hors Québec, le MSSS exige que celles-ci soient validées et approuvées par les centres qu'il a désignés. Pour la grappe OptiLab Montréal CUSM, le MSSS a désigné les laboratoires du CUSM et de l'HGJ pour la validation et l'approbation des demandes en microbiologie. Ainsi, pour les tests non disponibles au Québec, le médecin requérant doit obligatoirement remplir la première page du formulaire AH- 612, Autorisation pour des services de biologie médicale non disponibles au Québec.

Les échantillons reçus dans nos laboratoires qui ne seront pas accompagnés d'un formulaire dûment rempli ne seront pas expédiés pour analyse tant et aussi longtemps que le formulaire dûment signé ne sera pas reçu, ce qui pourra entraîner des retards dans le diagnostic. Si un formulaire dûment rempli n'est pas reçu dans les 15 jours suivant la réception de l'échantillon, le test sera annulé.

Par conséquent, pour chaque échantillon à envoyer au CUSM ou à l'HGJ, veuillez télécharger et imprimer la première page du formulaire AH-612, qui se trouve à l'adresse suivante :

[http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/intra/formres.nsf/c6dfb077f4130b4985256e38006a9ef0/c026b91c59f6c0a78525785e0064430f/\\$FILE/AH-612_DT9186%20\(2012-05\).pdf](http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/intra/formres.nsf/c6dfb077f4130b4985256e38006a9ef0/c026b91c59f6c0a78525785e0064430f/$FILE/AH-612_DT9186%20(2012-05).pdf)

Pour les sites du CUSM, les formulaires pour ces tests se trouvent dans le répertoire des tests cliniques du CUSM ou simplement en utilisant le lien suivant : <https://cusm.ca/laboratoires-biologie-medicale>. Veuillez noter que pour les utilisateurs d'Oacis au CUSM, un lien vers ce formulaire sera bientôt disponible au moment de la saisie de la commande du test. À l'intérieur de l'HGJ, les formulaires pour ces tests se trouvent sur l'intranet du CIUSSS dans la section Optilab sous l'onglet Directions cliniques ou simplement en utilisant le lien suivant : <http://co.intra.mtl.rtss.qc.ca/index.php?id=29817&L=0> .

Le formulaire doit être rempli tel qu'indiqué et doit accompagner l'échantillon du patient. Vous trouverez ci-joint un exemple de ce formulaire indiquant où les renseignements doivent être inscrits par le médecin requérant. Veuillez vous

assurer de fournir suffisamment d'informations pour justifier la nécessité de ce test dans la section « Renseignements complémentaires concernant les services demandés ». À titre d'exemple, « homme de 46 ans atteint d'une maladie granulomateuse pulmonaire » fournit des informations adéquates au microbiologiste chargé de l'approbation des tests pour évaluer la pertinence de la demande. Par contre, une demande d'« exclusion de l'histoplasmosis » n'est pas adéquate et le test sera annulé.

Nous sommes conscients qu'il s'agit d'un processus laborieux, mais nous sommes tenus de suivre cette directive du MSSS.

Merci de votre coopération.

Dear colleagues,

We are receiving an increasing number of requests for tests to assist in the diagnosis of infections with dimorphic fungi, notably *Histoplasma*, *Blastomyces* and occasionally *Coccidioides*. As antigen or antibody testing for these fungi is presently only available in the United States, we are required to follow MSSS requirements for obtaining medical laboratory tests that are not available in Québec. Within OptiLab Montreal MUHC, the MUHC and JGH laboratories are designated sites for validation and approval of such requests. When such a test is not available in Québec, it is a requirement that the requesting physician (the professional authorized to prescribe) fill out the first page of form AH-612, *Autorisation pour des services de biologie médicale non disponibles au Québec*.

Samples received in our laboratories that are not accompanied by a duly filled form cannot be shipped out for analysis, thus potentially delaying diagnosis for patients until the required information and requesting physician signature is obtained. If an appropriately filled form is not received within 15 days after sample receipt, the test will be cancelled.

Accordingly, for each sample to be sent to the MUHC or JGH please download and print the first page of form AH-612, which can be found at:

[http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/intra/formres.nsf/c6dfb077f4130b4985256e38006a9ef0/c026b91c59f6c0a78525785e0064430f/\\$FILE/AH-612_DT9186%20\(2012-05\).pdf](http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/intra/formres.nsf/c6dfb077f4130b4985256e38006a9ef0/c026b91c59f6c0a78525785e0064430f/$FILE/AH-612_DT9186%20(2012-05).pdf)

For the MUHC sites, forms for these tests can be found in the MUHC's clinical lab test directory or simply by using the following link: <https://cusm.ca/laboratoires-biologie-medicale>. Please note that for Oacis users at the MUHC, a link to this form will soon be available at time of test order entry. From within the JGH, forms for these tests can be found on the CIUSSS intranet in the Optilab section under the Clinical Departments tab or simply use the following link: <http://co.intra.mtl.rtss.qc.ca/index.php?id=29817&L=0>.

The form must be filled out as indicated and must accompany the patient's sample. An example of this form indicating where information must be entered by the requesting physician is attached. Please be sure to provide sufficient information to justify the need for this test in the section "Renseignements complémentaires concernant les service demandés". As an example, "46-year-old man with pulmonary granulomatous disease" provides adequate information for the microbiologist assigned for approval of tests to evaluate the pertinence of the request. In contrast, requesting "rule out a diagnosis of histoplasmosis" is not adequate, and as such the test will be cancelled.

We appreciate that this is a cumbersome process however we are required to follow this MSSS directive.

We thank you for your cooperation.



**AUTORISATION POUR
DES SERVICES DE BIOLOGIE MÉDICALE
NON DISPONIBLES AU QUÉBEC**

OU / OR

utiliser l'empreinte de la carte
d'hôpital du patient pour fournir
la même information /
use imprint of patient's hospital
card to provide the same
information

À REMPLIR PAR LE PROFESSIONNEL AUTORISÉ À PRESCRIRE																									
Identité de l'utilisateur																									
Nom de famille à la naissance				Prénom				Date de naissance		Année		Mois		Jour											
Sexe		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Nouveau-né		Numéro d'assurance maladie				Numéro de dossier																	
Adresse		Numéro		Rue		Appartement		Ville		Province		Code postal		Ind. rég.		N° de téléphone		N° de poste		Ind. rég.		Autre téléphone		N° de poste	
Identité du professionnel autorisé à prescrire																									
Nom				Prénom				Numéro de permis																	
Spécialité				Ind. rég.		N° de téléphone		N° de poste		Ind. rég.		N° de télécopieur													
Nom de l'établissement																									
Adresse		Numéro		Rue		Ville		Province		Code postal															
Personne-ressource à joindre pour information																									
Nom				Prénom				Ind. rég.		N° de téléphone		N° de poste													
Diagnostic et services demandés																									
Diagnostic				Code OMIM ou autre				Grossesse en cours				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non													
Services de biologie médicale demandés																									
Renseignements complémentaires concernant les services demandés																									
Si analyse génétique pour maladie héréditaire : confirmation d'absence de mutation familiale connue <input type="checkbox"/>																									
Résumé du dossier clinique justifiant les services demandés et, s'il y a lieu, l'envoi simultané de plus d'un test pour un même usager. Si pertinent, joindre des documents supplémentaires (ex. : arbre généalogique)																									
Signature du professionnel autorisé à prescrire				Date				Année		Mois		Jour													

! Si ces sections ne sont pas remplies avec suffisamment de détails, l'analyse demandée sera annulée.

! If these sections are not filled in with sufficient detail, the requested test will be cancelled.