



## Information obligatoire requise pour les contenants des échantillons et les requêtes de laboratoire

### Aidez-nous à vous aider

Les contenants des échantillons et les requêtes de laboratoire doivent contenir l'information obligatoire qui est requise et énumérée ci-dessous. Cette information est importante pour s'assurer que les échantillons soient traités correctement et que les résultats soient envoyés au bon destinataire/bureau du médecin. Les échantillons reçus avec des demandes incomplètes peuvent entraîner une identification erronée du patient, des résultats incorrects, et peuvent affecter la sécurité des patients. Ces échantillons mal identifiés **seront rejetés**.

**Information obligatoire:**

**Identification du \*prescripteur**  
(Inscrits lisiblement)

- Nom et prénom du médecin
- Numéro de permis du médecin
- Signature du prescripteur (pour requêtes non-électroniques)
- Adresse de la clinique ou bureau du médecin.
- Résidents doivent inclure nom du médecin traitant & numéro de permis.

**Identification du \*patient**  
(Inscrits lisiblement)

- Nom et prénom du patient (si femme: nom de jeune fille)
- Numéro du dossier CUSM et/ou RAMQ

**Date et heure du prélèvement de l'échantillon**  
Indiquer, la date et l'heure du prélèvement en système international

**Exemple :**  
aaaa-mm-jj → 2016-01-22  
hh:mm → 14:10

**Analyses prescrites**  
Cocher  obligatoirement la nature et le site de prélèvement de l'échantillon.

Spécifier au besoin lorsque\*, indiquer  Droit(e)  Gauche

Pour des raisons évidentes, certains prélèvements ne requièrent pas d'indiquer le site (ex.: urine, sang, selles, etc.)

Centre universitaire de santé McGill / McGill University Health Centre		MICROBIOLOGIE	
* Prescripteur		* Nom / last name:	
*Nom & Prénom / Last & First name:		* Prénom / first name:	
*No. Permis / Licence:		No. de dossier ou RAMQ / MRN or RAMQ:	
*Clinique, bureau / Clinic, office:		Adresse / Address:	
*Adresse pour le retour des résultats / Address for return of results:		* Date de naissance / Date of birth (AAYY/MM/JJ):	
*No. téléphone :		* Sexe / Gender:	
*Signature: _____ *Date (AAYY/MM/JJ): _____		<b>* Renseignements Obligatoires</b>	
*Diagnostic ou Renseignements Cliniques / Diagnosis or relevant information:		<b>* Date et heure du prélèvement</b>	
ANTIMICROBIAL? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		20 / / Heure / Time: _____	
Prélevé par / collected by: _____			
<b>BIOPSIE/TISSUS</b>	<input type="checkbox"/> Culture bactérienne <input type="checkbox"/> Culture virale <input type="checkbox"/> Mycobactéries <input type="checkbox"/> Mycoses AUTRE: _____	<b>RESPIRATOIRE</b>	<input type="checkbox"/> Bordetella pertussis PCR <input type="checkbox"/> Culture bactérienne <input type="checkbox"/> Culture virale <input type="checkbox"/> Galactomane Ag (LBA seulement) <input type="checkbox"/> Aspiration naso-pharyngée <input type="checkbox"/> Influenza A/B seulement <input type="checkbox"/> Mycobactéries <input type="checkbox"/> Mycoplasma/Chlamydia PCR <input type="checkbox"/> Mycoses <input type="checkbox"/> Virus respiratoire PCR AUTRE: _____
<b>GORGE</b>	<input type="checkbox"/> Streptocoque β-hémolytique seulement <input type="checkbox"/> Gorge AUTRE: _____	<b>SANG</b>	<input type="checkbox"/> Culture bactérienne <input type="checkbox"/> Malaria <input type="checkbox"/> Mycobactéries (Mycof) <input type="checkbox"/> Mycoses (Mycof) <input type="checkbox"/> CMV charge virale <input type="checkbox"/> EBV charge virale <input type="checkbox"/> JC/BK charge virale <input type="checkbox"/> HepB charge virale <input type="checkbox"/> HepC charge virale <input type="checkbox"/> VIH charge virale AUTRE: _____
<b>LIQUIDES BIOLOGIQUES</b>	<input type="checkbox"/> Antigène cryptococcique <input type="checkbox"/> Culture bactérienne <input type="checkbox"/> Culture virale <input type="checkbox"/> Articulaires (site): _____ <input type="checkbox"/> Dialysat <input type="checkbox"/> LCR (site): _____ <input type="checkbox"/> Péritonéal <input type="checkbox"/> Péricardique <input type="checkbox"/> Pleural: <input type="checkbox"/> Droit <input type="checkbox"/> Gauche <input type="checkbox"/> AUTRE: _____	<b>MOELLE OSSEUSE</b>	<input type="checkbox"/> Moelle osseuse
<b>NEZ</b>	<input type="checkbox"/> Dépistage SARM <input type="checkbox"/> Nez AUTRE: _____	<b>SELLES</b>	<input type="checkbox"/> Clostridium difficile (Toxine) <input type="checkbox"/> Culture bactérienne <input type="checkbox"/> Culture virale <input type="checkbox"/> Levures <input type="checkbox"/> Dépistage ERV <input type="checkbox"/> Microscopie: Oeufs, Microsporidium <input type="checkbox"/> Oxyures <input type="checkbox"/> Parasites intestinaux (PCR) <input type="checkbox"/> Rotavirus AUTRE: _____
<b>OUIL</b>	<input type="checkbox"/> Culture bactérienne <input type="checkbox"/> Culture virale <input type="checkbox"/> Conjonctive <input type="checkbox"/> Vitre <input type="checkbox"/> Cornée <input type="checkbox"/> AUTRE: _____	<b>URINE</b>	<input type="checkbox"/> Ag Légionella <input type="checkbox"/> Chlamydia/Gono <input type="checkbox"/> CMV <input type="checkbox"/> Culture bactérienne <input type="checkbox"/> Culture virale <input type="checkbox"/> Mycobactéries <input type="checkbox"/> **PCR pour AUTRE: _____
<b>OREILLE</b>	<input type="checkbox"/> Culture bactérienne <input type="checkbox"/> Culture virale <input type="checkbox"/> Externe <input type="checkbox"/> Moyenne <input type="checkbox"/> AUTRE: _____	<b>UROGÉNITAL</b>	<input type="checkbox"/> Chlamydia / Gono PCR <input type="checkbox"/> Culture bactérienne <input type="checkbox"/> Culture HSV <input type="checkbox"/> Levures <input type="checkbox"/> Neisseria gonorrhoea (culture) <input type="checkbox"/> Streptocoque groupe B <input type="checkbox"/> Trichomonas <input type="checkbox"/> Vaginose bactérienne <input type="checkbox"/> VPH – femme >30 ans avec ASCUS <b>Fournir le résultat du PAP test</b> AUTRE: _____
<b>PEAU/ONGLES/ CHEVEUX</b>	<input type="checkbox"/> Mycoses <input type="checkbox"/> Grattage: spécifier <input type="checkbox"/> Vésicule: <input type="checkbox"/> Écouvillon (culture) <input type="checkbox"/> Lame (IFD)		<input type="checkbox"/> O+P (Schistosoma) AUTRE: _____
<b>PLAIE / PUS</b>	<input type="checkbox"/> Culture bactérienne <input type="checkbox"/> Site chirurgical: spécifier <input type="checkbox"/> Mycobactéries <input type="checkbox"/> Mycoses <input type="checkbox"/> Site non-chirurgical: <input type="checkbox"/> Profonde (anaérobie) AUTRE: _____		

**PETIT RAPPEL**

Les étiquettes code-à-barres de chaque bouteille d'hémocultures sont essentielles pour le laboratoire.

**NE JAMAIS RECOUVRIR** l'étiquette code-à-barres avec votre étiquette identifiant le patient.

Pour commander vos requêtes passer votre commande sur 'PrintSYS':

Formulaire **DM-3166** : Requête de Microbiologie

Formulaire **DM-3103** : Requête de Parasitologie



# Mandatory Information required on Laboratory Specimen Containers and Requisitions

## Help Us, Help You

Specimen containers and test requisitions for Laboratory services must contain the mandatory information, listed below, in order to be processed properly and to ensure that the results are sent to the correct location/physician. Specimens arriving with inadequately completed requisitions may leave to patient misidentification, incorrect results and compromised patient safety. These samples will be **rejected for testing**.

### Mandatory information:

#### \*Prescriber Identification (legibly)

- Physician's last name and first name
- Physician's license number
- Prescriber's signature (mandatory for non-electronic orders)
- Physician's clinic or office address
- Residents to include staff name & license number

#### \*Patient Identification (legibly)

- Patient's last name and first name (if female: maiden name)
- MUHC medical record number and/or RAMQ

#### Date and time of specimen collection

Indicate the date and time of collection in international format

Example :  
yyyy-mm-dd 2016-01-22  
hh:mm 14:10

#### Prescribed tests

Must check  the specimen source/type required.

Specify when necessary, \*indicate  Right  Left

For obvious reasons, some specimens do not need to specify the site (ex.: urine, blood, stool, etc.)

Centre universitaire de santé McGill / McGill University Health Centre		MICROBIOLOGY	
<b>* Prescripteur / Prescriber</b> *Nom & Prénom / Last & First name: *No. Permis / License: *Clinique, bureau / Clinic, office: *Adresse pour le retour des résultats / Address for return of results: *No. téléphone : *Signature: _____ *Date (AAYY/MM/JJ): _____ *Diagnostic ou Renseignements Cliniques / Diagnosis or relevant information:		* Nom / last name: * Prenom / first name: No. de dossier ou RAMQ / MRN or RAMQ: Adresse / Address: * Date de naissance / Date of birth (AAYY/MM/JJ): * Sexe / Gender: <b>* Renseignements Obligatoire / *Mandatory Information</b> <b>* Date et heure du prélèvement / Date and time of collection</b> 20 / / Heure / Time: _____ Prélève par / collected by: _____	
ANTIMICROBIAL? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <b>BLOOD</b> <input type="checkbox"/> Catheter <input type="checkbox"/> Bacterial culture <input type="checkbox"/> Peripheral <input type="checkbox"/> Fungal culture (Mycof) <input type="checkbox"/> OTHER: <input type="checkbox"/> Malaria <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Mycobacterial culture (Mycof) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> CMV Viral load <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> EBV Viral load <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> JC/BK Viral load <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> HepB Viral load <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> HepC Viral load <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> HIV Viral load <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> OTHER		<b>NOSE</b> <input type="checkbox"/> Nose <input type="checkbox"/> MRSA screen <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> MSSA screen <b>RESPIRATORY</b> <input type="checkbox"/> BAL <input type="checkbox"/> Bacterial culture <input type="checkbox"/> Endotracheal aspirate <input type="checkbox"/> B. pertussis PCR <input type="checkbox"/> Nasopharyngeal aspirate (NPA)/(NPS) <input type="checkbox"/> Flu A/B only <input type="checkbox"/> Sinus <input type="checkbox"/> Fungal culture <input type="checkbox"/> Sputum <input type="checkbox"/> Galactomannan Ag (BAL only) <input type="checkbox"/> OTHER: <input type="checkbox"/> Mycobacterial culture <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Mycoplasma/Chlamydia PCR <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Respiratory virus PCR <input type="checkbox"/> Viral culture	
<b>BIOPSIE / TISSUE</b> Specify Site: <input type="checkbox"/> Bacterial culture <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fungal culture <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Mycobacterial culture <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Viral culture <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> OTHER		<b>SKIN/NAIL/HAIR</b> <input type="checkbox"/> Scraping: Specify <input type="checkbox"/> Fungal culture <input type="checkbox"/> Vesicle <input type="checkbox"/> HSV DFA <input type="checkbox"/> HSV culture <input type="checkbox"/> Slide (DFA) <input type="checkbox"/> VZV DFA <input type="checkbox"/> VZV culture <input type="checkbox"/> Swab (culture)	
<b>EAR</b> Specify: <input type="checkbox"/> Right <input type="checkbox"/> Left <input type="checkbox"/> External canal <input type="checkbox"/> Bacterial culture <input type="checkbox"/> Middle ear canal <input type="checkbox"/> Fungal culture <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Viral culture <input type="checkbox"/> OTHER: <input type="checkbox"/> OTHER		<b>STOOL</b> <input type="checkbox"/> Pinworm paddle <input type="checkbox"/> Bacterial culture <input type="checkbox"/> Rectal swab <input type="checkbox"/> Clostridium difficile <input type="checkbox"/> Stool <input type="checkbox"/> Diarrheal parasites (by PCR) <input type="checkbox"/> OTHER: <input type="checkbox"/> Microscopy for Ova, Microsporidium <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pinworm <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Rotavirus <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Viral culture <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> VRE screen <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Yeast culture <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> OTHER	
<b>EYE</b> Specify: <input type="checkbox"/> Right <input type="checkbox"/> Left <input type="checkbox"/> Conjunctiva <input type="checkbox"/> Bacterial culture <input type="checkbox"/> Vitreous <input type="checkbox"/> Cornea <input type="checkbox"/> Fungal culture <input type="checkbox"/> OTHER: <input type="checkbox"/> Viral culture <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> OTHER		<b>THROAT</b> <input type="checkbox"/> Throat <input type="checkbox"/> Beta strep culture only <input type="checkbox"/> OTHER	
<b>FLUID</b> <input type="checkbox"/> Amniotic <input type="checkbox"/> Bacterial culture <input type="checkbox"/> CSF (site): <input type="checkbox"/> Cryptococcal antigen <input type="checkbox"/> Dialysate <input type="checkbox"/> Fungal culture <input type="checkbox"/> Joint (site): <input type="checkbox"/> Mycobacterial culture <input type="checkbox"/> Peritoneal <input type="checkbox"/> Viral culture <input type="checkbox"/> Pericardial <input type="checkbox"/> **PCR for _____ <input type="checkbox"/> Pleura: <input type="checkbox"/> Right <input type="checkbox"/> Left <input type="checkbox"/> **Needs Micro approval <input type="checkbox"/> OTHER: <input type="checkbox"/> OTHER		<b>URINE</b> <input type="checkbox"/> Bladder tap <input type="checkbox"/> Bacterial culture <input type="checkbox"/> Cystoscopy <input type="checkbox"/> Chlamydia/GC <input type="checkbox"/> In/Out Catheter <input type="checkbox"/> CMV <input type="checkbox"/> Indwelling catheter <input type="checkbox"/> Legionella Ag <input type="checkbox"/> Midstream <input type="checkbox"/> Mycobacterial culture <input type="checkbox"/> Nephrostomy <input type="checkbox"/> **PCR for _____ <input type="checkbox"/> Pediatric Bag <input type="checkbox"/> **Needs Micro approval <input type="checkbox"/> Suprapubic catheter <input type="checkbox"/> O+P (Schistosoma) <input type="checkbox"/> OTHER: <input type="checkbox"/> Viral culture <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> OTHER	
<b>GENITAL</b> <input type="checkbox"/> Anal canal <input type="checkbox"/> Bacterial culture <input type="checkbox"/> Cervix <input type="checkbox"/> Bacterial vaginosis <input type="checkbox"/> Recto-vaginal <input type="checkbox"/> Chlamydia / GC PCR <input type="checkbox"/> Urethra <input type="checkbox"/> GC culture (urethra or cervix) <input type="checkbox"/> Vagina <input type="checkbox"/> Vulva <input type="checkbox"/> Group B Strep screen <input type="checkbox"/> OTHER: <input type="checkbox"/> HPV -women >30 y.o with ASCUS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Attach PAP result <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> HSV culture <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Trichomonas prep. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Yeast culture <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> OTHER		<b>WOUNDS</b> <input type="checkbox"/> Surgical site: (Specify) <input type="checkbox"/> Bacterial culture <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Deep (anaerobic) <input type="checkbox"/> Non-Surgical site: <input type="checkbox"/> Fungal culture <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Mycobacterial culture <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> OTHER	
<b>OTHER:</b> _____		<b>OTHER:</b> _____	



#### REMINDER

The barcode label of each blood bottle cultures are essential for the laboratory.

**DO NOT COVER** the barcode label with your label identifying the patient.

To order requisitions place your order in 'PrintSYS':

Form **DM-3166** : Microbiology requisition

Form **DM-3103** : Parastology requisition