

**DEMANDE POUR LES SERVICES DE LABORATOIRES CLINIQUES DU CUSM**
REQUEST FOR MUHC CLINICAL LABORATORY SERVICES

Toutes les demandes pour le traitement des échantillons pour fins de recherche doivent être demandées en remplissant le formulaire suivant. /
All requests for the processing of specimens for research purposes must be requested by completing the following form.

Nom du Médecin / Physician's name :	
Numéro du Permis/ Licence number	
Courriel/E-mail	
Téléphone/Phone	
Nom de l'hôpital/institution/Name of Hospital/Institution:	
Département / Department	
Adresse /Address	
Numéro du bureau/ Room number	
Ville, Prov. Code postal /City, Prov. Postal Code	
Courriel de l'enquêteur/Researcher email address	
Télécopieur /FAX number (obligatoire/mandatory) (pour recevoir les résultats/ for results delivery)	
Nom pour la facturation / Name for Billing purposes :	
Adresse /Address	
Numéro du bureau/ Room number	
Ville, Prov. Code postal /City, Prov. Postal Code	
Courriel/E-mail	
Numéro de facturation client / Client Billing # (le cas échéant/if applicable)	
Nom de l'Étude/ Study's name :	
Commanditaire/Sponsor	
Numéro du Fonds/Fund Number (obligatoire pour activation dans SIL/mandatory for LIS activation)	
Répondant désignée/ Delegated Contact :	
Téléphone/Phone	
Courriel/E-mail	

An / mois / jour

Year / month / day

- ❖ **Durée de l'étude /Duration of study:** Début /Start: _____ Fin /End: _____
- ❖ **Numéro de Nagano/ Nagano number:** _____
- ❖ **Participants:** ☐ Humain/Human ☐ Animal (Spécifier/Specify): _____
- ❖ **Nombre totale pour l'étude /Total number for study:** _____
- ❖ **Combien d'échantillons enverrez-vous en un seul envoi? / How many samples will you send at once?** _____
- ❖ **Les échantillons seront prélevés par / Samples will be collected by:**
 - ☐ Le personnel des centres de prélèvements CUSM / The personnel at the MUHC test centres
 - ☐ Le personnel de recherche/ Research personnel ☐ Autre / Other : _____
- ❖ **Les échantillons sont-ils déjà centrifugés et séparés ? / Are samples already centrifuged and aliquoted?**
 - ☐ Non/ No ☐ Oui/ Yes : Spécifier le volume minimale par tube / Specify minimal volume per tube _____
- ❖ **Les échantillons seront identifiés avec: /Samples will be identified by:**
 - ☐ Nom du patient / Patient's Name ☐ Numéro d'étude/ Study number
- ❖ **Veuillez indiquer les services requis / Please indicate services required:**
 - ☐ Analyse(s) / Lab test(s): Spécifier ci-dessous ou veuillez joindre une liste / Specify below or attach a list:
 - ☐ Centrifugation ou entreposage des échantillons / Centrifugation or storage of specimens
 - ☐ Services pendant les soirs ou les fins de semaine / Services during evening and weekends
 - ☐ Extraction des données du Système informatique de laboratoire / Data extraction from the Lab information system



❖ Veuillez indiquer les analyses que vous planifier commander / Identify the lab test you plan on ordering:

Laboratoire central/Central Lab :

- ☐ 25-Hydroxyvitamine D totale/Vitamin D 25(OH) Total (9563\30556)
- ☐ Acide urique/Uric Acid (3452\30013)
- ☐ Alanine aminotransférase (ALT)/Alanine Aminotransferase (3134\30016)
- ☐ Albumine/Albumin (3464\30017)
- ☐ Amylase (9921\30030)
- ☐ Analyse d'urine (routine)/Urinalysis Routine (4150\30533)
- ☐ Aspartate aminotransférase (AST)/Aspartate Aminotransferase (3130\30060)
- ☐ Bicarbonate/Bicarbonate (4028\30124)
- ☐ Bilirubine Direct/ Direct Bilirubin (11513\30083)
- ☐ Bilirubine totale/Bilirubin Total (3154\30084)
- ☐ Calcium total/Calcium Total (3161\30105)
- ☐ Chlamydia trachomatis / Neisseria gonorrhoeae – PCR (urine)/Chlamydia Trachomatis/Neisseria
- ☐ Chlorure /Chloride (4468\30115)
- ☐ Cortisol sérique ou urinaire sans extraction/Cortisol Random (3859\30128)
- ☐ Créatine kinase (CK)/Creatinine Kinase (14209\30130)
- ☐ Créatinine – urine aléatoire/Creatinine Random Urine (3264\30139)
- ☐ Créatinine/Creatinine (6548\30132)
- ☐ Formule sanguine complète (FSC)/Complete Blood Count (8066\20361)
- ☐ Gamma-glutamyltransférase (GGT)/Gamma Glutamyl Transferase (3237\30210)
- ☐ Gaz du sang veineux (BG ven)/BG Ven (3238\30010)
- ☐ Glucose – liquide céphalorachidien (LCR)/Glucose Cerebrospinal Fluid (4036\30214)
- ☐ Glucose à jeun/Glucose Fasting (3242\30214)
- ☐ Glucose/Glucose Random (3243\30214)
- ☐ Hémoglobine A1c (HbA1c)/ Hemoglobin A1c (4248\30248)
- ☐ HIV Ab Ag Screen (10630\40850)
- ☐ Hormone stimulante de la thyroïde (TSH)/Thyroid Stimulating Hormone (4716\30516)
- ☐ Insuline/Insulin (14547\30283)
- ☐ Numération cellulaire + formule – LCR/CSF Cell Count with Differential (2614\20321)
- ☐ Œstradiol/Estradiol (12484\30360)
- ☐ Phosphatase alcaline (PAL)/Alkaline Phosphatase (3138\30386)
- ☐ Potassium/Potassium (4467\30398)
- ☐ Profil de coagulation (INR / TP / TCA)/Coag Profile (INR/PT/PTT) (3343\20241) + (3377\20243)
- ☐ Profil hépatique (PAL / ALT / bilirubine totale) /Liver Profile (ALP/ALT/Bili Total) (3312\30016)
- ☐ Profil lipidique 2 (cholestérol total, HDL, LDL, triglycérides) /Lipid Profile 2 (Chol/HDL/LDL/Trig) (3309\30512) + (3568\30512)
- ☐ Protéine C-réactive (CRP)/Protein C-Reactive (3186\30412)
- ☐ Protéines – liquide céphalorachidien (LCR)/Protein Cerebrospinal Fluid (3366\30404)
- ☐ Protéines totales (sérum)/Protein Total (3371\30405)
- ☐ Sodium/Sodium (4466\30478)
- ☐ Testostérone totale/Testosterone Total (10600\30506)
- ☐ Urée/Urea (3451\30132)
- ☐ Gonorrhoeae-PCR-Urine (12793\45018)

Énumérez ici tout autre test qui ne figure pas dans la liste ci-dessus. Inscrire le nom complet indiqué dans le répertoire./List here any other test that was not listed in the preset above. Enter the full name as written in the directory: _____

La liste des tests doit contenir le code du MSSS – vous pouvez le trouver dans Omni au lien suivant. / The tests list should hold the MSSS code - you can find it in Omni at the following link:

<https://cusm.omni-assistant.net/labo/AutoLogin.aspx?User=CollectionManual>

Microbiologie/Microbiology:

- ☐ Culture d'urine / Urine bacterial culture (2666\40310)
- ☐ Hémoculture / Blood bacterial culture (2 bottles: aero + anaerobic) – (14322\40102)
- ☐ LCR culture bactérienne / CSF Bacterial Culture (14246\40164)
- ☐ Test quantiféron pour la tuberculose / TB-Quantiferon (14545\40921)
- ☐ VHB ADN viral / HBV Viral DNA (quantitative) (14654\45056)
- ☐ VHC charge virale / HCV Viral Load (14304\45060)
- ☐ VIH charge virale / HIV Viral Load (14379\45112)

Énumérez ici tout autre test qui ne figure pas dans la liste ci-dessus. Inscrire le nom complet indiqué dans le répertoire./List here any other test that was not listed in the preset above. Enter the full name as written in the directory: _____

La liste des tests doit contenir le code du MSSS – vous pouvez le trouver dans Omni au lien suivant / The tests list should hold the MSSS code - you can find it in Omni at the following link:

<https://cusm.omni-assistant.net/labo/AutoLogin.aspx?User=CollectionManual>

❖ **Site (ou endroit d'envoi) des échantillons : / Site (or shipping location) for the samples:**

- ☐ Site Glen/Glen site ☐ HGM/MGH ☐ HNM/MNH ☐ Autre/Other: _____

Veillez soumettre ce formulaire par courriel à : / Please submit this request form by email to:

optilab.rechercheclinique@muhc.mcgill.ca

Tél: (514) 934-1934 ext 35687 Télécopieur/FAX: (514) 934-4457

- Une fois le formulaire reçu, nous demanderons aux gestionnaires des laboratoires concernés s'ils peuvent effectuer les analyses et gérer la charge de travail / Once the form is received, we will ask the managers of the concerned labs, if they can provide the testing and can handle the load.
- Lorsque la demande est approuvée par le gestionnaire du laboratoire, nous fournirons un "numéro d'étude clinique" pour autoriser les analyses. Nous fournirons également une "requête de recherche" à utiliser pour les demandes de services de laboratoire, ainsi que le coût réel des analyses / When the request is approved by the lab manager, we will provide a "clinical trial number" to authorize the testing. Also, we will provide a "research requisition" to be used when requesting laboratory services and the actual cost of the testing.
- Veuillez noter que si nous approuvons votre étude mais que vous ne nous avez pas encore fourni de centre de coûts/numéro de fonds, votre étude clinique ne sera pas enregistrée dans notre SIL. Cela signifie que vous ne pourrez pas envoyer d'échantillons au laboratoire tant que vous ne nous aurez pas fourni un centre de coûts / Please note that if we approve your study and you haven't yet provided us with a cost centre/fund number, your clinical trial will not be registered in our LIS. This means that you will not be able to send specimens to the lab until you provide us with a cost center.
- En utilisant la demande de CT associée au centre de coût, la facturation sera effectuée en fonction de votre consommation pour l'étude avec le numéro de CT spécifié. Veuillez-vous abstenir d'utiliser les demandes standard de soins pour votre étude / By using the CT requisition associated with the cost center, billing will be processed based on your study consumption with the specified CT number. Please refrain from using standard-of-care requisitions for your study.

Usage pour labo seulement/ Lab use only :

Requête faite/ Requisition done :
Requête finalisé / Requisition finalized:

Date demande reçu / Date request received :
Approuvé par / Approved by :