



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 → 2023-01-22
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.)

OP+ILAB Montréal-CUSM		MICROBIOLOGIE Centre universitaire de santé McGill McGill University Health Centre	
* Prescripteur		* Nom / last name:	
*No. Permis / License:		* Prénom / first name:	
*Clinique, bureau / Clinic, office:		No. de dossier ou RAMQ / MRN or RAMQ:	
*Adresse pour le retour des résultats / Address for return of results:		Adresse / Address:	
*No. téléphone:		* Date de naissance / Date of birth (AAYYMMJJ):	
*Signature: _____		* Sexe / Gender:	
*Date (AAYYMMJJ): _____		* Renseignements Obligatoires	
*Diagnostic ou Renseignements Cliniques / Diagnosis or relevant information:		* Date et heure du prélèvement	
ANTIMICROBIAL? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		20 / / Heure / Time: _____	
		Prélevé par / collected by: _____	
		(Nom de famille et prénom lisible / Legible last name and first name)	
BIOPSIE/TISSUS	<input type="checkbox"/> Culture bactérienne (aérobie et anaérobie) <input type="checkbox"/> Mycobactéries <input type="checkbox"/> Mycoses <input type="checkbox"/> AUTRE: _____	RESPIRATOIRE	<input type="checkbox"/> Antigène galactomanane (LBA seulement) <input type="checkbox"/> Bordetella pertussis PCR (AET, ANP, LBA) <input type="checkbox"/> Culture bactérienne <input type="checkbox"/> Influenza A/B PCR (AET, ANP, LBA) <input type="checkbox"/> Mycobactéries <input type="checkbox"/> Mycoplasma/Chlamydia PCR (AET, ANP, LBA) <input type="checkbox"/> Mycoses <input type="checkbox"/> Virus respiratoires PCR (AET, ANP, LBA) <input type="checkbox"/> AUTRE: _____
GORGE	<input type="checkbox"/> Culture bactérienne (Streptocoque A,C,G) <input type="checkbox"/> Levures <input type="checkbox"/> AUTRE: _____	SANG	<input type="checkbox"/> Culture bactérienne <input type="checkbox"/> CMV charge virale (Tube lavande 4ml) <input type="checkbox"/> EBV charge virale (Tube lavande 4ml) <input type="checkbox"/> Hep B charge virale (Tube lavande 4ml) <input type="checkbox"/> Hep C charge virale (Tube lavande 2x4ml) <input type="checkbox"/> JC/BK charge virale (Tube lavande 4ml) <input type="checkbox"/> Malaria (Tube lavande 4ml) <input type="checkbox"/> Mycobactéries (Mycof) <input type="checkbox"/> Mycoses (Mycof) <input type="checkbox"/> VIH charge virale (Tubes lavande 2x4ml) <input type="checkbox"/> AUTRE: _____
LIQUIDES BIOLOGIQUES	<input type="checkbox"/> Antigène cryptococcique (ICR seulement) <input type="checkbox"/> Amniotique <input type="checkbox"/> Articulaires (seu): <input type="checkbox"/> Dialysat <input type="checkbox"/> LCR (seu): <input type="checkbox"/> Péritoneal <input type="checkbox"/> Péricardique <input type="checkbox"/> Pleural: <input type="checkbox"/> Droit <input type="checkbox"/> Gauche <input type="checkbox"/> AUTRE: _____	MOELLE OSSEUSE	<input type="checkbox"/> Culture bactérienne <input type="checkbox"/> CMV charge virale (Tube lavande 4ml) <input type="checkbox"/> EBV charge virale (Tube lavande 4ml) <input type="checkbox"/> Hep B charge virale (Tube lavande 4ml) <input type="checkbox"/> Hep C charge virale (Tube lavande 2x4ml) <input type="checkbox"/> JC/BK charge virale (Tube lavande 4ml) <input type="checkbox"/> Malaria (Tube lavande 4ml) <input type="checkbox"/> Mycobactéries (Mycof) <input type="checkbox"/> Mycoses (Mycof) <input type="checkbox"/> VIH charge virale (Tubes lavande 2x4ml) <input type="checkbox"/> AUTRE: _____
NEZ	<input type="checkbox"/> Dépistage SARM <input type="checkbox"/> Dépistage SASM	SELLES	*Veuillez utiliser la réquisition DM-3103 pour les tests de parasitologie <input type="checkbox"/> Clostridium difficile (gène-toxine B) PCR <input type="checkbox"/> Culture bactérienne <input type="checkbox"/> Dépistage ERV <input type="checkbox"/> Dépistage EPC (KPC-Entérobactéries productrices de carbapénémases) <input type="checkbox"/> Écouvillon rectal <input type="checkbox"/> Levures <input type="checkbox"/> Rotavirus (Détection rapide) (ELISA) <input type="checkbox"/> H.pylori (antigène) <input type="checkbox"/> AUTRE: _____
OEIL	<input type="checkbox"/> Culture bactérienne <input type="checkbox"/> Mycoses <input type="checkbox"/> AUTRE: _____	URINE	<input type="checkbox"/> Antigène Legionella <input type="checkbox"/> Chlamydia/Gonorrhoea PCR <input type="checkbox"/> Culture bactérienne <input type="checkbox"/> Culture bactérienne <input type="checkbox"/> Mycobactéries <input type="checkbox"/> PCR pour (*spécifier: _____) <input type="checkbox"/> Schistosoma (10x10-15x100)(20-25°C) <input type="checkbox"/> AUTRE: _____
OREILLE	<input type="checkbox"/> Culture bactérienne <input type="checkbox"/> Mycoses <input type="checkbox"/> AUTRE: _____	UROGÉNITAL	<input type="checkbox"/> Chlamydia / Gonorrhoea PCR <input type="checkbox"/> Culture bactérienne <input type="checkbox"/> HSV PCR <input type="checkbox"/> Neisseria gonorrhoeae (culture)(col ou urètre) <input type="checkbox"/> Streptocoque groupe B (dépistage) <input type="checkbox"/> Trichomonas culture <input type="checkbox"/> Vaginite (Candida & vaginose bactérienne) <input type="checkbox"/> Vaginite à Candida récurrente/réfractaire <input type="checkbox"/> VPH – femme >30 ans avec ASCUS *Inclure la copie du rapport de cytologie ainsi que la réquisition du CHUM complétée. Toute demande d'analyse incomplète sera refusée. <input type="checkbox"/> AUTRE: _____
PEAU/ONGLES/CHEVEUX	<input type="checkbox"/> Mycoses <input type="checkbox"/> Culture bactérienne superficielle (seu) <input type="checkbox"/> HSV PCR <input type="checkbox"/> Herpès simplex (HSV) <input type="checkbox"/> IFD <input type="checkbox"/> Culture <input type="checkbox"/> Varicella zoster (VZV) <input type="checkbox"/> IFD <input type="checkbox"/> Culture	PLAIE / PUS	<input type="checkbox"/> Culture bactérienne superficielle (aérobie) <input type="checkbox"/> Culture bactérienne profonde (aérobie et anaérobie) <input type="checkbox"/> Mycobactéries <input type="checkbox"/> Mycoses <input type="checkbox"/> AUTRE: _____
NEZ	<input type="checkbox"/> Nez	ANUS	<input type="checkbox"/> Anus <input type="checkbox"/> Col <input type="checkbox"/> Urètre <input type="checkbox"/> Vagin <input type="checkbox"/> Vagin/anus (Streptocoque groupe B seulement) <input type="checkbox"/> Vulve <input type="checkbox"/> AUTRE: _____
OEIL	<input type="checkbox"/> Droit <input type="checkbox"/> Gauche <input type="checkbox"/> Conjonctive <input type="checkbox"/> Vitre <input type="checkbox"/> Cornée <input type="checkbox"/> AUTRE: _____	URINE	<input type="checkbox"/> Cathéter sus pubien <input type="checkbox"/> Cystoscopie <input type="checkbox"/> Mi-jet <input type="checkbox"/> Néphrotomie <input type="checkbox"/> Par cathétérisme <input type="checkbox"/> Ponction vésicale <input type="checkbox"/> Sac (pédiatrique) <input type="checkbox"/> Via sangle <input type="checkbox"/> AUTRE: _____
OREILLE	<input type="checkbox"/> Droite <input type="checkbox"/> Gauche <input type="checkbox"/> Externe <input type="checkbox"/> Moyenne	URINE	<input type="checkbox"/> Cathéter sus pubien <input type="checkbox"/> Cystoscopie <input type="checkbox"/> Mi-jet <input type="checkbox"/> Néphrotomie <input type="checkbox"/> Par cathétérisme <input type="checkbox"/> Ponction vésicale <input type="checkbox"/> Sac (pédiatrique) <input type="checkbox"/> Via sangle <input type="checkbox"/> AUTRE: _____
PEAU/ONGLES/CHEVEUX	<input type="checkbox"/> Grattage: (*spécifier) <input type="checkbox"/> Vésicule: <input type="checkbox"/> Écouvillon (culture seulement) <input type="checkbox"/> Lame (IFD)	URINE	<input type="checkbox"/> Cathéter sus pubien <input type="checkbox"/> Cystoscopie <input type="checkbox"/> Mi-jet <input type="checkbox"/> Néphrotomie <input type="checkbox"/> Par cathétérisme <input type="checkbox"/> Ponction vésicale <input type="checkbox"/> Sac (pédiatrique) <input type="checkbox"/> Via sangle <input type="checkbox"/> AUTRE: _____
PLAIE / PUS	<input type="checkbox"/> Site chirurgical: (*spécifier) <input type="checkbox"/> Site non-chirurgical:	URINE	<input type="checkbox"/> Cathéter sus pubien <input type="checkbox"/> Cystoscopie <input type="checkbox"/> Mi-jet <input type="checkbox"/> Néphrotomie <input type="checkbox"/> Par cathétérisme <input type="checkbox"/> Ponction vésicale <input type="checkbox"/> Sac (pédiatrique) <input type="checkbox"/> Via sangle <input type="checkbox"/> AUTRE: _____
AUTRE:		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-barre 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

English version – See over



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. Specimen arriving with inadequately completed requisitions may lead to patient misidentification, incorrect results and compromised patient safety. These samples will be **rejected for testing**.

Mandatory information:

*Prescriber Identification (Legibly)

- Physician's 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 → 2023-01-22
hh:mm → 14:10

Prescribed tests

Must check the specimen source/type.

Specify when necessary, *indicate Right Left

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

OP+ILAB Montreal-CUSM Sites: Glen, HGM, HNM, Lachine		MICROBIOLOGY Centre universitaire de santé McGill McGill University Health Centre	
* Prescripteur / Prescriber		* Nom / last name:	
*Nom & Prénom / Last & First name:		* Prenom / first name:	
*No. Permis / License:		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 (AAYYMMJJ):	
*No. téléphone :		* Sexe / Gender:	
*Signature: _____ *Date (AAYYMMJJ): _____		* Renseignements Obligatoire / *Mandatory information	
*Diagnostic ou Renseignements Cliniques / Diagnosis or relevant information:		* Date et heure du prélèvement / Date and time of collection	
ANTIMICROBIAL? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO		20 / / Heure / Time: _____	
Prélevé par / collected by: _____ (Nom de famille et prénom lisible / Legible last name and first name)			
BLOOD	<input type="checkbox"/> Bacterial culture <input type="checkbox"/> CMV Viral load (Lavender tube 4ml) <input type="checkbox"/> EBV Viral load (Lavender tube 4ml) <input type="checkbox"/> Fungal culture (Mycof) <input type="checkbox"/> HepB Viral load (Lavender tube 4ml) <input type="checkbox"/> HepC Viral load (Lavender tubes 2x4ml) <input type="checkbox"/> HIV Viral load (Lavender tubes 2x4ml) <input type="checkbox"/> JC/BK Viral load (Lavender tube 4ml) <input type="checkbox"/> Malaria (Lavender tube 4ml) <input type="checkbox"/> Mycobacterial culture (Mycof) <input type="checkbox"/> OTHER: _____	NOSE	<input type="checkbox"/> MRSA screen <input type="checkbox"/> MSSA screen
<input type="checkbox"/> Catheter <input type="checkbox"/> Peripheral		RESPIRATORY	<input type="checkbox"/> Bacterial culture <input type="checkbox"/> B. pertussis PCR (ETA,NPA,BAL) <input type="checkbox"/> Flu A/B only (ETA,NPA,BAL) <input type="checkbox"/> Fungal culture <input type="checkbox"/> Galactomannan Antigen (BAL only) <input type="checkbox"/> Mycobacterial culture <input type="checkbox"/> Mycoplasma/Chlamydia PCR(ETA,NPA,BAL) <input type="checkbox"/> Respiratory virus PCR (ETA,NPA,BAL) <input type="checkbox"/> OTHER: _____
BONE MARROW	<input type="checkbox"/> Bone Marrow	SKIN/NAIL/HAIR	<input type="checkbox"/> Fungal culture <input type="checkbox"/> Superficial bacterial culture (skin) <input type="checkbox"/> HSV PCR
BIOPSIE / TISSUE	Specify site: _____ <input type="checkbox"/> Deep bacterial culture (aerobic & anaerobic) <input type="checkbox"/> Fungal culture <input type="checkbox"/> Mycobacterial culture <input type="checkbox"/> OTHER: _____	<input type="checkbox"/> Vesicle <input type="checkbox"/> Slide (DFA) <input type="checkbox"/> Swab (culture only)	Herpes simplex (HSV) <input type="checkbox"/> DFA <input type="checkbox"/> Culture Varicella zoster (VZV) <input type="checkbox"/> DFA <input type="checkbox"/> Culture
EAR	Specify: <input type="checkbox"/> Right <input type="checkbox"/> Left <input type="checkbox"/> Bacterial culture <input type="checkbox"/> Fungal culture <input type="checkbox"/> OTHER: _____	STOOL	<input type="checkbox"/> Bacterial culture <input type="checkbox"/> Clostridium difficile toxin B gene PCR <input type="checkbox"/> CPE Screening (IPC-carbapenemase-producing Enterobacteriaceae) <input type="checkbox"/> Rotavirus Direct Detection (ELISA) <input type="checkbox"/> VRE screen <input type="checkbox"/> Yeast culture <input type="checkbox"/> H.Pylori (antigen)
EAR	<input type="checkbox"/> External canal <input type="checkbox"/> Middle ear canal <input type="checkbox"/> OTHER: _____	<input type="checkbox"/> Rectal swab <input type="checkbox"/> Stool <input type="checkbox"/> OTHER: _____	THROAT
EYE	Specify: <input type="checkbox"/> Right <input type="checkbox"/> Left <input type="checkbox"/> Bacterial culture <input type="checkbox"/> Fungal culture <input type="checkbox"/> OTHER: _____	<input type="checkbox"/> Throat	<input type="checkbox"/> Beta strep culture (Streptococcus A,C,G) <input type="checkbox"/> Yeast culture <input type="checkbox"/> OTHER
FLUID	<input type="checkbox"/> Amniotic <input type="checkbox"/> CSF (site): _____ <input type="checkbox"/> Dialysate <input type="checkbox"/> Joint (site): _____ <input type="checkbox"/> Peritoneal <input type="checkbox"/> Pericardial <input type="checkbox"/> Pleural: <input type="checkbox"/> Right <input type="checkbox"/> Left <input type="checkbox"/> OTHER: _____	<input type="checkbox"/> Bladder tap <input type="checkbox"/> Cystoscopy <input type="checkbox"/> In/Out Catheter <input type="checkbox"/> Indwelling catheter <input type="checkbox"/> Midstream <input type="checkbox"/> Nephrostomy <input type="checkbox"/> Pediatric Bag <input type="checkbox"/> Suprapubic catheter <input type="checkbox"/> OTHER: _____	URINE
<input type="checkbox"/> Bacterial culture <input type="checkbox"/> Cryptococcal antigen (CSF only) <input type="checkbox"/> Fungal culture <input type="checkbox"/> Multiplex bacterial PCR <input type="checkbox"/> Mycobacterial culture <input type="checkbox"/> **PCR for _____ <input type="checkbox"/> OTHER: _____		<input type="checkbox"/> Surgical site: (*Specify) <input type="checkbox"/> Non-Surgical site: _____	<input type="checkbox"/> Bacterial culture <input type="checkbox"/> Chlamydia/GC PCR <input type="checkbox"/> Legionella Ag <input type="checkbox"/> Mycobacterial culture <input type="checkbox"/> PCR for (*Specify) <input type="checkbox"/> Schistosoma (10h00-15h00)(20-25°C) <input type="checkbox"/> OTHER
GENITAL	<input type="checkbox"/> Anal canal <input type="checkbox"/> Cervix <input type="checkbox"/> Recto-vaginal (strip & prep only) <input type="checkbox"/> Urethra <input type="checkbox"/> Vagina <input type="checkbox"/> Vulva <input type="checkbox"/> OTHER: _____	<input type="checkbox"/> Deep bacterial culture (aerobic & anaerobic) <input type="checkbox"/> Superficial bacterial culture (aerobic) <input type="checkbox"/> Fungal culture <input type="checkbox"/> Mycobacterial culture <input type="checkbox"/> OTHER: _____	WOUNDS
<input type="checkbox"/> Bacterial culture <input type="checkbox"/> Chlamydia / Gonorrhea PCR <input type="checkbox"/> GC culture (urethra or cervix) <input type="checkbox"/> Group B Strep screen <input type="checkbox"/> HPV-women >30 y.o with ASCUS <input type="checkbox"/> *Include a copy of the cytology report and the completed CHUM requisition. Any incomplete request for analysis will be refused. <input type="checkbox"/> HSV PCR <input type="checkbox"/> Trichomonas preparation <input type="checkbox"/> Recurrent Vulvovaginal Candidiasis <input type="checkbox"/> Vaginitis (Candida & Bacterial Vaginosis)		OTHER:	



Reminder

The barcode label of each blood culture bottle is 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**: Parasitology requisition