



RÉQUISITION DU LABORATOIRE DE PATHOLOGIE / PATHOLOGY LABORATORY REQUISITION

*Médecin effectuant la procédure / Physician Performing Procedure									
*Nom, prénom : *Last, first name: _____ *N° de Permis / License #: _____ *Clinique/Bureau : *Clinic/Office: _____ *N° de tél.(résultats urgent): *Tel. # (urgent results): _____ *N° de télécopieur / Fax #: _____ *Adresse / Address: _____ *Signature : _____		*Nom/Last name: *Prénom/First name: *MRN/RAMQ #: *Date de naissance/D.O.B: _____ yy/mm/dd *Adresse/Address:							
*Copie à \ Copy to:									
*Nom, prénom : *Last, first name: _____ *N° de Permis / License #: _____ *Clinique/Bureau : *Clinic/Office: _____ *N° de tél.(résultats urgent): *Tel. # (urgent results): _____ *N° de télécopieur / Fax #: _____ *Adresse / Address: _____		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> Date du prélèvement / Date of sampling AA/MM/JJ YY/MM/DD </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> SITE: ☐ GLEN ☐ MGH ☐ MNH ☐ Lachine ☐ Lasalle ☐ Autre / Other: _____ </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"> *Renseignements obligatoire / Mandatory Information (Pourrait entraîner un délai si incomplet/Results may be delayed if incomplete) </td> </tr> </table>				Date du prélèvement / Date of sampling AA/MM/JJ YY/MM/DD	SITE: ☐ GLEN ☐ MGH ☐ MNH ☐ Lachine ☐ Lasalle ☐ Autre / Other: _____	*Renseignements obligatoire / Mandatory Information (Pourrait entraîner un délai si incomplet/Results may be delayed if incomplete)	
Date du prélèvement / Date of sampling AA/MM/JJ YY/MM/DD	SITE: ☐ GLEN ☐ MGH ☐ MNH ☐ Lachine ☐ Lasalle ☐ Autre / Other: _____								
*Renseignements obligatoire / Mandatory Information (Pourrait entraîner un délai si incomplet/Results may be delayed if incomplete)									
*Renseignements cliniques / Clinical Information									
*Échantillon(s) / Specimen(s)	*Site et Latéralité / Site & Laterality	*Procédure / Procedure	*Heure du prélèvement / Collection Time	*Fixatif / Fixative	*Heure ajoutée / Time added				
A				☐ Frais/Fresh ☐ Formol/Formalin ☐ Autre/Other:					
B				☐ Frais/Fresh ☐ Formol/Formalin ☐ Autre/Other:					
C				☐ Frais/Fresh ☐ Formol/Formalin ☐ Autre/Other:					
D				☐ Frais/Fresh ☐ Formol/Formalin ☐ Autre/Other:					
E				☐ Frais/Fresh ☐ Formol/Formalin ☐ Autre/Other:					
F				☐ Frais/Fresh ☐ Formol/Formalin ☐ Autre/Other:					
G				☐ Frais/Fresh ☐ Formol/Formalin ☐ Autre/Other:					

Note:

1. "Heure d'ajoutée" est requise pour s'assurer la validité de certains tests auxiliaires. / « Time added » is required to ensure validity of certain ancillary tests.
2. Veuillez utiliser une autre réquisition si plus de 6 spécimens. / Please use another requisition if greater than 6 specimens.
3. Tous les réquisitions du CUSM sont disponible ici / All MUHC requisitions are available at
<https://muhc.ca/muhc-clinical-laboratories/muhc-laboratory-requisitions-and-consultations>

Laboratoire de pathologie – CUSM Site Glen
 Pathology Laboratory – MUHC Glen Site
 1001, Decarie Blvd, E04.1417, Montréal, QC H4A 3J1
 Courriel/Email: glenpathology.reception@muhc.mcgill.ca
 Tel.: 514-934-1934 x. 37861 Fax: 514-934-8437

Renseignement ou adressograph patient
Patient information or Addressograph