

<p style="text-align: center;">* Prescripteur</p> <p>*Nom & Prénom / Last & First name: *No. Permis / Licence: *Clinique, bureau / Clinic, office: *Adresse pour le retour des résultats / Address for return of results: *No. téléphone : *Signature: _____ *Date (AAYY/MM/JD): _____ *Diagnostic ou Renseignements Cliniques / Diagnosis or relevant information: ANTIMICROBIAL? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>	<p>* Nom / last name: * Prénom / first name: No. de dossier ou RAMQ / MRN or RAMQ: Adresse / Address: * Date de naissance / Date of birth (AAYY/MM/JD): * Sexe / Gender: <p style="text-align: center;">* Renseignements Obligatoire</p> <p style="text-align: center;">* Date et heure du prélèvement</p> <p style="text-align: center;">20___/___/___ Heure / Time: _____</p> Prélevé par / collected by: _____ (Nom de famille et prénom lisible / Legible last name and first name)</p>
<p>BIOPSIE/TISSUS <input type="checkbox"/> Culture bactérienne (aérobie et anaérobie) Spécifier le site: <input type="checkbox"/> Mycobactéries <input type="checkbox"/> Mycoses <input type="checkbox"/> AUTRE: _____</p>	<p>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: _____</p>
<p>GORGE <input type="checkbox"/> Culture bactérienne (Streptocoque A, C, G) <input type="checkbox"/> Levures <input type="checkbox"/> AUTRE: _____</p>	<p>RESPIRATOIRE <input type="checkbox"/> Aspiration endo-trachéale <input type="checkbox"/> Aspiration naso-pharyngée <input type="checkbox"/> Expectorations <input type="checkbox"/> Expectorations (FKP) <input type="checkbox"/> Lavage broncho-alvéolaire <input type="checkbox"/> Sinus</p>
<p>LIQUIDES BIOLOGIQUES <input type="checkbox"/> Antigène cryptococcique (LCR seulement) <input type="checkbox"/> Amniotique <input type="checkbox"/> Culture bactérienne <input type="checkbox"/> Articulaires (site): _____ <input type="checkbox"/> Multiplex bactérien PCR <input type="checkbox"/> Dialysat <input type="checkbox"/> Mycoses <input type="checkbox"/> LCR (site): _____ <input type="checkbox"/> Mycobactéries <input type="checkbox"/> Péritonéal <input type="checkbox"/> PCR pour (*Spécifier _____) <input type="checkbox"/> Péricardique <input type="checkbox"/> AUTRE: _____ <input type="checkbox"/> Pleural: <input type="checkbox"/> Droit <input type="checkbox"/> Gauche <input type="checkbox"/> AUTRE: _____</p>	<p>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"/> HepB charge virale (Tube lavande 4ml) <input type="checkbox"/> HepC charge virale (Tubes 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: _____</p>
<p>NEZ <input type="checkbox"/> Dépistage SARM <input type="checkbox"/> Nez <input type="checkbox"/> Dépistage SASM</p>	<p>MOELLE OSSEUSE <input type="checkbox"/> Moelle osseuse</p>
<p>OEIL Spécifier: <input type="checkbox"/> Droit <input type="checkbox"/> Gauche <input type="checkbox"/> Culture bactérienne <input type="checkbox"/> Conjonctive <input type="checkbox"/> Mycoses <input type="checkbox"/> Vitré <input type="checkbox"/> Cornée <input type="checkbox"/> AUTRE: _____ <input type="checkbox"/> AUTRE: _____</p>	<p>SELLES <input type="checkbox"/> Clostridium difficile (gène-toxine B) PCR †Veuillez utiliser la réquisition DM-3103 pour les tests de parasitologie <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"/> Selles <input type="checkbox"/> Rotavirus (Détection rapide) (ELISA) <input type="checkbox"/> AUTRE: _____ <input type="checkbox"/> H.pylori (antigène)</p>
<p>OREILLE Spécifier: <input type="checkbox"/> Droite <input type="checkbox"/> Gauche <input type="checkbox"/> Culture bactérienne <input type="checkbox"/> Externe <input type="checkbox"/> Mycoses <input type="checkbox"/> Moyenne <input type="checkbox"/> AUTRE: _____</p>	<p>URINE <input type="checkbox"/> Antigène Legionella <input type="checkbox"/> Cathéter sus pubien <input type="checkbox"/> Chlamydia/Gonorrhoea PCR <input type="checkbox"/> Cystoscopie <input type="checkbox"/> Culture bactérienne <input type="checkbox"/> Mi-jet <input type="checkbox"/> Mycobactéries <input type="checkbox"/> Néphrotomie <input type="checkbox"/> PCR pour (*Spécifier _____) <input type="checkbox"/> Par cathétérisme <input type="checkbox"/> Schistosoma (10h00-15h00)(20-25°C) <input type="checkbox"/> Ponction vésicale <input type="checkbox"/> AUTRE: _____ <input type="checkbox"/> Sac (pédiatrique) <input type="checkbox"/> Via sonde <input type="checkbox"/> AUTRE: _____</p>
<p>PEAU/ONGLES/CHEVEUX <input type="checkbox"/> Mycoses <input type="checkbox"/> Grattage: (*Spécifier) _____ <input type="checkbox"/> Culture bactérienne superficielle (peau) <input type="checkbox"/> Vésicule: <input type="checkbox"/> HSV PCR <input type="checkbox"/> Écouvillon (culture seulement) <input type="checkbox"/> Herpès simplex (HSV) <input type="checkbox"/> IFD <input type="checkbox"/> Culture <input type="checkbox"/> Lame (IFD) <input type="checkbox"/> Varicella zoster (VZV) <input type="checkbox"/> IFD <input type="checkbox"/> Culture</p>	<p>UROGÉNITAL <input type="checkbox"/> Chlamydia / Gonorrhoea PCR <input type="checkbox"/> Culture bactérienne <input type="checkbox"/> HSV PCR <input type="checkbox"/> Anus <input type="checkbox"/> Neisseria gonorrhoea (culture)(col ou urètre) <input type="checkbox"/> Col <input type="checkbox"/> Streptocoque groupe B (dépistage) <input type="checkbox"/> Urètre <input type="checkbox"/> Trichomonas culture <input type="checkbox"/> Vagin <input type="checkbox"/> Vaginite (Candida & vaginose bactérienne) <input type="checkbox"/> Vagin/anus (Streptocoque groupe B seulement) <input type="checkbox"/> Vaginite à Candida récurrente/réfractaire <input type="checkbox"/> Vulve <input type="checkbox"/> VPH – femme >30 ans avec ASCUS <input type="checkbox"/> AUTRE: _____ *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: _____</p>
<p>PLAIE / PUS <input type="checkbox"/> Culture bactérienne superficielle (aérobie) <input type="checkbox"/> Site chirurgical: (*Spécifier) _____ <input type="checkbox"/> Culture bactérienne profonde (aérobie et anaérobie) <input type="checkbox"/> Site non-chirurgical: <input type="checkbox"/> Mycobactéries <input type="checkbox"/> Mycoses <input type="checkbox"/> AUTRE: _____</p>	<p>AUTRE: _____</p>

* Prescripteur / Prescriber		* Nom / last name:	
*Nom & Prénom / Last & First name: *No. Permis / Licence: *Clinique, bureau / Clinic, office: *Adresse pour le retour des résultats / <i>Address for return of results:</i> *No. téléphone : *Signature: _____ *Date (AAYY/MM/JD): _____ *Diagnostique ou Renseignements Cliniques / <i>Diagnosis or relevant information:</i>		* Prenom / first name: No. de dossier ou RAMQ / MRN or RAMQ: Adresse / Address: * Date de naissance / Date of birth (AAYY/MM/JD): * Sexe / Gender:	
ANTIMICROBIAL? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> No		* Renseignements Obligatoire / *Mandatory Information	
* Date et heure du prélèvement / Date and time of collection			
		20___/___/___ Heure / Time: _____	
ANTIMICROBIAL? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> No		Prélevé par / collected by: _____ (Nom de famille et prénom lisible / Legible last name and first name)	
BLOOD <input type="checkbox"/> Catheter <input type="checkbox"/> Peripheral BONE MARROW <input type="checkbox"/> Bone Marrow	<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"/> Nose	<input type="checkbox"/> MRSA screen <input type="checkbox"/> MSSA screen
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 _____	SKIN/NAIL/HAIR <input type="checkbox"/> Scraping: *Specify _____ <input type="checkbox"/> Vesicle <input type="checkbox"/> Slide (DFA) <input type="checkbox"/> Swab (culture only)	<input type="checkbox"/> Fungal culture <input type="checkbox"/> Superficial bacterial culture (skin) <input type="checkbox"/> HSV PCR 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"/> External canal <input type="checkbox"/> Middle ear canal <input type="checkbox"/> OTHER: _____	<input type="checkbox"/> Bacterial culture <input type="checkbox"/> Fungal culture <input type="checkbox"/> OTHER _____	STOOL †Please use requisition DM-3103 for parasitology testing <input type="checkbox"/> Rectal swab <input type="checkbox"/> Stool <input type="checkbox"/> OTHER: _____	<input type="checkbox"/> Bacterial culture <input type="checkbox"/> Clostridium difficile toxin B gene PCR <input type="checkbox"/> CPE Screening (KPC-carbapenamase-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)
EYE Specify: <input type="checkbox"/> Right <input type="checkbox"/> Left <input type="checkbox"/> Conjunctiva <input type="checkbox"/> Vitreous <input type="checkbox"/> Cornea <input type="checkbox"/> OTHER: _____	<input type="checkbox"/> Bacterial culture <input type="checkbox"/> Fungal culture <input type="checkbox"/> OTHER _____	THROAT <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"/> 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 _____	URINE <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: _____	<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 (Group B Strep only) <input type="checkbox"/> Urethra <input type="checkbox"/> Vagina <input type="checkbox"/> Vulva <input type="checkbox"/> OTHER: _____	<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 * 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)	WOUNDS <input type="checkbox"/> Surgical site: (*Specify) _____ <input type="checkbox"/> Non-Surgical site: _____	<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 _____
OTHER: _____		OTHER: _____	