

REQUÊTE DE CYTOPATHOLOGIE (NON-GYNÉCOLOGIQUE) CYTOPATHOLOGY REQUISITION (NON-GYNECOLOGICAL)

<p style="text-align: center;">* Prescripteur / Prescriber</p> <p>*Nom de famille et Prénom / Last & First name : _____</p> <p>*Licence / Licence : _____</p> <p>*Clinique, bureau / Clinic, Office : _____</p> <p>*Adresse pour le retour des résultats : Address for return of results _____</p> <p>*Téléphone / Phone: _____</p> <p>*Signature: _____ *Date (aa/yy/mm/jd): _____</p> <p>*Diagnostic ou Renseignements Cliniques / Diagnosis or relevant information</p>	<p>*Patient NOM / Last Name: _____</p> <p>*Patient Prénom / First Name: _____</p> <p>No. de dossier ou RAMQ / MRN or RAMQ: _____</p> <p>Adresse / Address: _____</p> <p>* Date de naissance / Date of Birth (aa/yy/mm/jd): _____</p> <p>*Sexe / Gender _____</p> <p style="text-align: center;">* Renseignements Obligatoires / * Mandatory Information</p> <p style="text-align: center;">* Date et heure du prélèvement / Date and time of collection</p> <p style="text-align: center;">*20___/___/___ *Heure / Time: _____</p> <p>* Prélevé par / Collected by: _____</p>
--	---

Lieu où l'échantillon a été obtenu **SITE GLEN** **HGM** **HNM** **LASALLE** **LACHINE** **Autre**
Location where specimen was taken **GLEN SITE** **MGH** **MNH** **Other** _____

Analyse demandée **Malignité à éliminer** **URGENT** **Non-Urgent/Routine** **Autre**
Examination Requested **Rule Out Malignancy** **Other** _____

SOURCE ET TYPE D'ÉCHANTILLON / SOURCE AND TYPE OF SPECIMEN

URINAIRE / URINARY	LIQUIDES / FLUIDS	RESPIRATOIRE / RESPIRATORY	AAF / FINE NEEDLE ASPIRATES
<input type="checkbox"/> Miction spontanée Voided Urine	<input type="checkbox"/> Céphalo-rachidien (LCR) Cerebrospinal (CSF)	<input type="checkbox"/> Expectoration Sputum	<input type="checkbox"/> AAF sein Breast FNA
<input type="checkbox"/> Cathéterisme urétral Urethral Catheter	<input type="checkbox"/> Pleural (thoracocentèse) Pleural (thoracocentesis)	<input type="checkbox"/> Expectoration provoquée Induced Sputum	<input type="checkbox"/> Solide <input type="checkbox"/> Kystique Solid Cystic
<input type="checkbox"/> Lavage vésical cystoscopique Cystoscopy Bladder Washing	<input type="checkbox"/> Droit <input type="checkbox"/> Gauche Right Left	<input type="checkbox"/> Lavage broncho-alveolaire BAL	<input type="checkbox"/> Droite <input type="checkbox"/> Gauche Right Left
<input type="checkbox"/> Urine vésicale cystoscopique Cystoscopy Bladder Urine	<input type="checkbox"/> Péritonéal Peritoneal	<input type="checkbox"/> Droit <input type="checkbox"/> Gauche Right Left	<input type="checkbox"/> AAF thyroid Thyroid FNA
<input type="checkbox"/> Lavage urétral Urethral Washing	<input type="checkbox"/> Ascites <input type="checkbox"/> Lavage Fluid (ascites) Wash	<input type="checkbox"/> Lavage bronchique Bronchial Washing	<input type="checkbox"/> Droite <input type="checkbox"/> Gauche Right Left
<input type="checkbox"/> Droit <input type="checkbox"/> Gauche Right Left	<input type="checkbox"/> Pericardique Pericardial	<input type="checkbox"/> Droit <input type="checkbox"/> Gauche Right Left	<input type="checkbox"/> Isthme <input type="checkbox"/> Spécifier: Isthmus Specify: _____
<input type="checkbox"/> Conduit iléal Ileal Conduit	<input type="checkbox"/> Synovial Synovial	<input type="checkbox"/> Brossage bronchique Bronchial Brushing	<input type="checkbox"/> AAF glande parotide Parotid Gland FNA
<input type="checkbox"/> Néo-vessie Neobladder	<input type="checkbox"/> Spécifier site: Specify site: _____	<input type="checkbox"/> Droit <input type="checkbox"/> Gauche Right Left	<input type="checkbox"/> Droite <input type="checkbox"/> Gauche Right Left
<input type="checkbox"/> Drainage de néphrostomie Nephrostomy Tube Drainage	<input type="checkbox"/> GASTROINTESTINAL	<input type="checkbox"/> AAF poumon Lung FNA	<input type="checkbox"/> AAF ganglion Lymph node FNA
<input type="checkbox"/> Droit <input type="checkbox"/> Gauche Right Left	<input type="checkbox"/> Brossage œsophagien Esophageal Brushing	<input type="checkbox"/> Spécifier site: Specify site: _____	<input type="checkbox"/> EBUS-FNA/AAF <input type="checkbox"/> EUS-FNA/AAF
<input type="checkbox"/> Autre, spécifier: Other, specify: _____	<input type="checkbox"/> Brossage gastrique Gastric Brushing	<input type="checkbox"/> AAF-EBUS poumon Lung EBUS-FNA	<input type="checkbox"/> Spécifier site: Specify site: _____
<input type="checkbox"/> Autres / OTHER	<input type="checkbox"/> Brossage voies biliaires Bile Duct Brushing	<input type="checkbox"/> Spécifier: Specify: _____	<input type="checkbox"/> AAF pancreas Pancreas FNA
<input type="checkbox"/> Écoulement mamelonnaire Nipple Discharge	<input type="checkbox"/> Spécifier site: Specify site: _____	<input type="checkbox"/> Autre, spécifier: Other, specify: _____	<input type="checkbox"/> AAF ovaire Ovary FNA
<input type="checkbox"/> Droit <input type="checkbox"/> Gauche Right Left	<input type="checkbox"/> Autre, spécifier: Other, specify: _____		<input type="checkbox"/> Droite <input type="checkbox"/> Gauche Right Left
<input type="checkbox"/> Autre, spécifier: Other, specify: _____			<input type="checkbox"/> Autre, spécifier: Other, specify: _____

USAGE DU LABORATOIRE SEULEMENT / RESERVED FOR LABORATORY

<p>Date de réception de l'échantillon: Date of specimen reception: _____</p>	<p><input type="checkbox"/> Bénin / Benign</p> <p><input type="checkbox"/> Abnormal / Abnormal</p> <p><input type="checkbox"/> Insatisfaisant / Unsatisfactory</p>	<p>Lames Slides _____</p>	<p>Bloc Block _____</p>
		<p>Volume Volume _____</p>	<p>Couleur Color _____</p>
		<p>No. de Cytologie: Cytology No.: _____</p>	

M.D

Cytologiste/Cytotechnologist _____

Date _____

Pathologiste/Pathologist _____