

Département de pathologie / Pathology Department

**FORMULAIRE DE PRISE DE POSSESSION DU MATÉRIEL DE PATHOLOGIE
FORM FOR TAKING POSSESSION OF PATHOLOGY MATERIAL**

Requérant / Requester	À l'usage de laboratoire seulement / For Lab Use Only
Nom / Last Name:	Numéro de pathologie: Pathology Number :
Prénom / First Name:	Nombre de lames: Number of Slides :
Numéro de téléphone: Telephone Number:	Nombre de blocs: Number of Blocks :
RAMQ:	Copie du rapport: <input type="checkbox"/> Envoyé/Sent Copy of Report:
Adresse / Address:	Autres (Spécifier)/ Others (Specify) :
Date de naissance (AAYY/MM/JD): Date of birth :	
Courriel / Email :	
Objet de la demande: Purpose of Request :	

J'accuse réception de matériel de pathologie mentionné ci-dessus et j'accepte la responsabilité de retourner en toute sécurité ce matériel au département de pathologie.*

*I acknowledge receipt of the aforementioned pathology material and accept full responsibility for the safe return of this material to the Department of Pathology.**

NOM COMPLET / FULL NAME : _____

*Veuillez renvoyer les lames et blocs à:

SIGNATURE: _____

Please return slides and blocks to :

DATE: _____

CUSM/MUHC Pathologie/Pathology E04.1417
1001 blvd Décarie, Montréal, QC H4A 3J1
514 934-1934 x37861

Veuillez envoyer cette demande par courriel ou par fax à:
Please send request by email or fax to:

glenpathology.reception@muhc.mcgill.ca
Fax #: 514 934-8437

À l'usage de laboratoire seulement / For Lab Use Only
Deux (2) cartes d'identités / Two (2) identification cards: <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____
Témoin / Witness Nom complet / Full Name : _____ Signature: _____ Date: _____