



# Formulaire de demande de contrats de laboratoire clinique

## Clinical Laboratory Contract Request Form

Merci de votre intérêt à collaborer avec OPTILAB-CUSM. Notre mandat, en vertu de l'article 100 de la LSSS, est d'assurer la prestation de services aux établissements publics du réseau de la santé et des services sociaux exploitant un centre hospitalier (CH), des centres locaux de services communautaires (CLSC) ainsi que des centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD). Si cela s'applique à votre établissement, veuillez remplir ce formulaire et le retourner à l'adresse suivante : [optilab.contrats@muhc.mcgill.ca](mailto:optilab.contrats@muhc.mcgill.ca)

Thank you for your interest in collaborating with OPTILAB-MUHC. Our mandate under section 100 of the LSSS, is to ensure the delivery of services for public institutions in the health and social services network operating a hospital center (CH), local community service centers (CLSC), residential and long-term care centers (CHSLD). If this applies to your institution, please fill this form and return it to: [optilab.contrats@muhc.mcgill.ca](mailto:optilab.contrats@muhc.mcgill.ca)

| 1. Informations de contact / Contact Information                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                         |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| Nom de l'établissement<br>Name of establishment                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                         |
| Adresse / Address                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                         |
| Ville / Province / City / Province                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                         |
| Code Postal / Postal Code                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                         |
| Téléphone / Telephone                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                         |
| Télécopieur / Fax                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                         |
| Courriel / Email                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                         |
| Numéro d'entreprise du Québec<br>Quebec Enterprise Number                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                         |
| Nom de la personne déléguée<br>Name of the designated contact person                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                         |
| Téléphone de la personne déléguée<br>Telephone of the designated contact person                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                         |
| Courriel de la personne déléguée<br>Email of the designated contact person                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                         |
| Nom du directeur médical<br>Name of Medical Director                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                         |
| Numéro de permis<br>License number                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                         |
| Téléphone du directeur médical (cellulaire)<br>Telephone of the Medical director (cell)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                         |
| Courriel du directeur médical<br>Email of the medical director                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                         |
| 2. Utilisation du service laboratoire / Use of Laboratory Services                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                         |
| Est-ce que vous envoyez actuellement des échantillons à l'un de nos laboratoires ?<br>Are you currently sending samples to one of our laboratories?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> Oui / Yes<br><input type="checkbox"/> Non / No |
| Si oui, veuillez indiquer le ou les laboratoires publics If yes, please indicate the public laboratory or laboratories: <input type="checkbox"/> Hôpital Royal Victoria site Glen <input type="checkbox"/> Hôpital général de Montréal <input type="checkbox"/> Hôpital de Lachine<br><input type="checkbox"/> Hôpital général juif <input type="checkbox"/> Hôpital St. Mary's <input type="checkbox"/> Hôpital de LaSalle <input type="checkbox"/> Hôpital général du Lakeshore<br><input type="checkbox"/> Autre établissement (préciser) / other : _____ |                                                                         |
| Êtes-vous affilié à l'une des organisations suivantes ?<br>Are you affiliated with any of the following organizations?<br><input type="checkbox"/> GMF <input type="checkbox"/> PSL <input type="checkbox"/> CHSLD <input type="checkbox"/> CLSC <input type="checkbox"/> CIUSSS <input type="checkbox"/> Aucune / None<br><input type="checkbox"/> Autre / Other _____                                                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> Oui / Yes<br><input type="checkbox"/> Non / No |



|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>3. Types d'échantillons / Type of Samples</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                  |
| <b>Veillez sélectionner tous les types d'échantillons vous voulez envoyés :</b><br>Please select all types of samples you need to analyze :                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                  |
| <input type="checkbox"/> <b>Sang / Blood</b> <input type="checkbox"/> <b>Urine / Urine</b> <input type="checkbox"/> <b>Selles / Stool</b> <input type="checkbox"/> <b>Autre / Other (préciser / specify):</b> _____                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                  |
| <input type="checkbox"/> <b>Sang pour analyses de routine (biochimie, immunologie et sérologie) /</b><br>Blood for routine analysis (biochemistry, immunology, and serology)                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                  |
| <input type="checkbox"/> <b>Sang pour analyses de routine (hématologie, coagulation) /</b><br>Blood for routine analysis (hematology, coagulation)                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                  |
| <input type="checkbox"/> <b>Échantillons pour microbiologie, virologie, mycologie /</b><br>Samples for microbiology, virology, mycology                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                  |
| <input type="checkbox"/> <b>Échantillons pour la pathologie /</b><br>Samples for pathology                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                  |
| <input type="checkbox"/> <b>Échantillons pour la cytologie /</b><br>Samples for cytology                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                  |
| <input type="checkbox"/> <b>Échantillons pour les tests moléculaires (PCR, charges virales) /</b><br>Samples for molecular testing (PCR, viral loads)                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                  |
| <input type="checkbox"/> <b>Autre (Spécifier) /</b><br>Other (Specify):                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                  |
| <b>4. Volume d'échantillons / Sample Volume</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                  |
| <b>Quel est le nombre moyen de patients vus par jour dans votre établissement ? / What is the average number of patients seen at your facility per day?</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                    | #                                                                                                                                |
| <b>Quel est le nombre prévu d'échantillons que vous prévoyez d'envoyer par jour ? / What is the expected number of samples you plan to send per day?</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                       | #                                                                                                                                |
| <b>Veillez préciser le volume estimé par type d'échantillon (ex. nombre) :</b><br>Please specify the estimated volume by sample type (e.g., number):                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                  |
| Sang / Blood : # _____<br>Urine / Urine : # _____<br>VPH / HPV : # _____<br>Lames / Slides : # _____<br>Autres / Other (préciser / specify) : _____                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                  |
| <b>5. Opérations et livraison / Operations and Delivery</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                  |
| <b>Durant quels jours êtes-vous ouvert(e) ? / On which days are you open?</b><br><input type="checkbox"/> <b>Lundi / Monday</b> <input type="checkbox"/> <b>Mardi / Tuesday</b> <input type="checkbox"/> <b>Mercredi / Wednesday</b><br><input type="checkbox"/> <b>Jeudi / Thursday</b> <input type="checkbox"/> <b>Vendredi / Friday</b> <input type="checkbox"/> <b>Samedi / Saturday</b> <input type="checkbox"/> <b>Dimanche / Sunday</b> |                                                                                                                                  |
| <b>Quelles sont les heures d'opérations ?</b><br>What are your hours of operation?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <b>De / From</b> _____ <b>à / to</b> _____                                                                                       |
| <b>Êtes-vous ouvert(e) les fins de semaine ?</b><br>Are you open on weekends?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> <b>Oui / Yes</b> <input type="checkbox"/> <b>Non / No</b><br><b>De / From</b> _____ <b>à / to</b> _____ |
| <b>Durant quels jours effectuez-vous les prélèvements d'échantillons ?</b><br>On which days are sample collections performed?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                  |
| <input type="checkbox"/> <b>Lundi / Monday</b> <input type="checkbox"/> <b>Mardi / Tuesday</b> <input type="checkbox"/> <b>Mercredi / Wednesday</b><br><input type="checkbox"/> <b>Jeudi / Thursday</b> <input type="checkbox"/> <b>Vendredi / Friday</b> <input type="checkbox"/> <b>Samedi / Saturday</b> <input type="checkbox"/> <b>Dimanche / Sunday</b>                                                                                  |                                                                                                                                  |
| <b>Vers quelles heures du jour sont effectué les prélèvements d'échantillons ?</b><br>At what times of the day are sample collections performed?                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                  |
| <input type="checkbox"/> <b>Matin / Morning</b> <input type="checkbox"/> <b>Midi / Midday</b> <input type="checkbox"/> <b>Après-midi / Afternoon</b> <input type="checkbox"/> <b>Soir / Evening</b>                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                  |
| <b>Êtes-vous équipé d'une centrifugeuse ?</b><br>Are you equipped with a centrifuge?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> <b>Oui / Yes</b> <input type="checkbox"/> <b>Non / No</b>                                               |
| <b>Combien de dépôts prévoyez-vous envoyer par jour ?</b><br>How many drop-offs do you plan to send per day?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | _____ <b>dépôts / drop-offs</b>                                                                                                  |
| <b>Êtes-vous dans la possibilité de livrer des échantillons à chaque 2 heures pour des échantillons non stabilisés et d'hématologie/coagulation ?</b><br>Are you able to deliver samples every 2 hours for non-stabilized samples and for hematology/coagulation?                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> <b>Oui / Yes</b><br><input type="checkbox"/> <b>Non / No</b>                                            |
| <b>Quelles sont vos heures de livraison planifiées ?</b><br>What are your planned delivery hours?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <b>De / From</b> _____ <b>à / to</b> _____                                                                                       |



|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                       |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Êtes-vous en mesure de livrer vos échantillons avant 16h?</b><br>Are you able to deliver your samples before 4pm?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> <b>Oui / Yes</b><br><input type="checkbox"/> <b>Non / No</b> |
| <b>Veillez fournir les informations concernant la compagnie de livraison</b><br>Please provide courier company details (Name, telephone):                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                       |
| <b>6. Conformité et traçabilité / Compliance and Traceability</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                       |
| <b>Êtes-vous en mesure de garantir que les informations sur l'échantillon sont identiques à celles de la réquisition correspondante?</b><br>Are you able to ensure that the information on the sample is identical with the corresponding requisition?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> <b>Oui / Yes</b><br><input type="checkbox"/> <b>Non / No</b> |
| <b>Êtes-vous agréé par Agrément Canada?</b><br>Are you accredited with Accreditation Canada?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> <b>Oui / Yes</b><br><input type="checkbox"/> <b>Non / No</b> |
| <b>7. Frais / Fees</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                       |
| <b>Y a-t-il des frais pour vos patients?</b><br>Are there any fees for your patients?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> <b>Oui / Yes</b><br><input type="checkbox"/> <b>Non / No</b> |
| <b>Y a-t-il des frais pour la prise de sang?</b><br>Are there any fees for blood collection?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> <b>Oui / Yes</b><br><input type="checkbox"/> <b>Non / No</b> |
| <b>Y a-t-il des frais pour le transport?</b><br>Are there any fees for transportation?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> <b>Oui / Yes</b><br><input type="checkbox"/> <b>Non / No</b> |
| <b>Y a-t-il des frais pour les analyses?</b><br>Are there any fees for the analysis?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> <b>Oui / Yes</b><br><input type="checkbox"/> <b>Non / No</b> |
| <b>Si oui, veuillez indiquer les frais</b><br>If yes, please indicate the fees :                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                       |
| <b>8. Divulgateion / Disclosure</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                       |
| <input type="checkbox"/> Je comprends que, conformément à l'article 100 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS), les clients du service public sont prioritaires. <i>I understand that in accordance with Section 100 of the Act respecting health services and social services (LSSS), public service clients are prioritized.</i><br><input type="checkbox"/> Je comprends que ce formulaire de demande sera étudié et qu'une réponse est attendue dans un délai de 10 jours ouvrables. <i>I understand that this request form will be considered for assessment and that a response is expected within 10 working days.</i><br><input type="checkbox"/> Je comprends que je ne dois pas envoyer d'échantillons à l'un des laboratoires OPTILAB-CUSM sans autorisation, et que les échantillons envoyés sans autorisation peuvent être annulés ou refusés. <i>I understand that I must not send specimens to any of the OPTILAB-MUHC laboratories without authorization, and that unauthorized specimens may be cancelled or refused.</i><br><input type="checkbox"/> Je comprends qu'Optilab-CUSM donnera la priorité aux cliniques situées dans le territoire géographique attribué à OPTILAB-MUHC et, plus largement, aux établissements publics qui ne facturent pas les patients pour le prélèvement d'échantillons. <i>I understand that Optilab-CUSM will prioritize clinics within the geographical territory assigned to OPTILAB-MUHC and, more broadly, public facilities that do not charge patients for specimen collection.</i><br><input type="checkbox"/> Je comprends que, si Optilab-CUSM choisit de conclure un contrat avec mon établissement, je pourrais être facturé selon un modèle de recouvrement des coûts basé sur les tarifs établis par Santé Québec et le MSSS. <i>I understand that, if Optilab-CUSM chooses to enter into a contract with my facility, I may be subject to invoicing based on a cost-recovery model rate set by Santé Québec and the MSSS.</i> |                                                                                       |

**Veillez retourner le formulaire rempli à**  
[optilab.contrats@muhc.mcgill.ca](mailto:optilab.contrats@muhc.mcgill.ca)  
 ou par télécopieur au 514-934-4457

**Please return the completed form to**  
[optilab.contrats@muhc.mcgill.ca](mailto:optilab.contrats@muhc.mcgill.ca)  
 or by fax to 514-934-4457