



Formulaire de demande de contrat 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), un centre local de services communautaires (CLSC) ou un centre 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 ou par télécopieur au 514-934-4457.

Veuillez remplir ce formulaire pour une demande d'entente de service avec OPTILAB-CUSM. Toutes les demandes seront étudiées; toutefois, ce formulaire ne garantit pas la conclusion d'une entente.

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 or by fax to 514-934-4457.

Please complete this form for a service agreement request with OPTILAB-MUHC. All requests will be reviewed; however, submission of this form does not guarantee that an agreement will be established.

Informations sur l'établissement / Establishment Information		
Nom de l'établissement / Name of establishment		
Adresse / Address		
Ville / Province / City / Province		
Code Postal / Postal Code		
Téléphone / Telephone		
Télécopieur / Fax		
Courriel / Email		
Numéro d'entreprise du Québec Quebec Enterprise Number		
Type de client / Client Type	<input type="checkbox"/> GMF <input type="checkbox"/> PSL <input type="checkbox"/> CHSLD <input type="checkbox"/> CLSC <input type="checkbox"/> Clinique Médicale (RAMQ) <input type="checkbox"/> Clinique privée	<input type="checkbox"/> Pharmacie <input type="checkbox"/> Travailleur autonome <input type="checkbox"/> Autre / Other
Nom du signataire / Name of Signatory		
Nom et prénom / Last Name and First name		
Titre / Title		
Téléphone cellulaire / Cell Phone		
Courriel / Email		
Personne-ressource pour la facturation (si différent du signataire) Billing contact (if different from the signatory)		
Courriel de la personne-ressource pour la facturation / Email of the billing contact person		

Préparé par: Carmen Pavan
Révisé par : Zeinab Abdulrazak

Approuvé par : Selda Elmas
OPTILAB Montréal-CUSM - Services à la clientèle

Location: OMNI
Code ID: FLT-OPTI-SERV-CF-0002 BIL
Version: 03

Date de l'entrée en vigueur: 2026-05-20



Directeur médical ou Contact principal / Medical Director or Primary Contact	
Nom / Name	
Numéro de permis (si applicable) License number (if applicable)	
Téléphone (cellulaire) / Telephone (cell)	
Courriel / Email	
Utilisation du service laboratoire / Use of Laboratory Services	
Est-ce que vous envoyez actuellement des échantillons à l'un de nos laboratoires ? Are you currently sending samples to one of our laboratories?	<input type="checkbox"/> Oui / Yes <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 <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 <input type="checkbox"/> Autre établissement (préciser) / other : _____	
Types d'échantillons et volumes estimés / Type of Samples and Estimated Volumes	
Sélectionner les types d'échantillons / Select sample types:	
<input type="checkbox"/> Sang / Blood <input type="checkbox"/> Urine / Urine <input type="checkbox"/> Selles / Stool <input type="checkbox"/> Autre / Other (préciser / specify): _____	
Type d'échantillon Sample Type	Volume estimé par jour Estimated Volume / Day
a) Laboratoire central/Central Laboratory : - Chimie/Chemistry - Coagulation - Hématologie/Hematology - Immunologie/Immunology - Sérologie/Serology	
b) Microbiologie/Microbiology : Type d'échantillons/Type of specimens :	
c) Pathologie/Pathology : Type d'échantillons/Type of specimens	
d) Cytologie/Cytology : Type d'échantillons/Type of specimens	
e) Moléculaire/Molecular : PCR/charges virales/PCR/Viral Loads	
f) Urine :	
g) VPH / HPV :	
h) Lames / Slides :	
i) Autre / Other (préciser / specify) :	

Préparé par: Carmen Pavan
Révisé par : Zeinab Abdulrazak

Approuvé par : Selda Elmas
OPTILAB Montréal-CUSM - Services à la clientèle

Location: OMNI
Code ID: FLT-OPTI-SERV-CF-0002 BIL
Version: 03

Date de l'entrée en vigueur: 2026-05-20



Opérations et livraison / Operations and Delivery

Quels jours effectuez-vous les prélèvements et dépôts d'échantillons?

On which days are sample collections and specimen drop-offs performed?

- Lundi / Monday** **Mardi / Tuesday** **Mercredi / Wednesday**
 Jeudi / Thursday **Vendredi / Friday** **Samedi / Saturday** **Dimanche / Sunday**

Veillez sélectionner la fenêtre habituelle de dépôt des échantillons :
Please select the usual specimen drop-off window:

- AM (7 h à 12 h) / AM (7:00 a.m. – 12:00 p.m.)**
 PM (13 h à 15 h) / PM (1:00 p.m. – 3:00 p.m.)

Quelles sont les heures d'opérations?

What are your hours of operation?

De / From _____ **à / to** _____

Êtes-vous ouvert(e) les fins de semaine ?

Are you open on weekends?

- Oui / Yes** **Non / No**

De / From _____ **à / to** _____

Vers quelles heures du jour sont effectués les prélèvements d'échantillons?

At what times of the day are sample collections performed?

- Matin / Morning** **Midi / Midday** **Après-midi / Afternoon** **Soir / Evening**

Logistique / Logistics

Combien de dépôts prévoyez-vous envoyer par jour ?

How many drop-offs do you plan to send per day?

Dépôts par jour /

drop-offs per day : _____

Êtes-vous dans la possibilité de livrer des échantillons à chaque 2 heures pour des échantillons non stabilisés et d'hématologie/coagulation?

Are you able to deliver samples every 2 hours for non-stabilized samples and for hematology/coagulation?

- Oui / Yes**
 Non / No

Êtes-vous en mesure de livrer vos échantillons avant 16h?

Are you able to deliver your samples before 4pm?

- Oui / Yes**
 Non / No

Transport / Transportation

Nom du service de transport / Name of courier service:

Le service de transport a-t-il complété la formation sur le TMD (transport des marchandises dangereuses) / Has the courier completed TDG (Transportation of Dangerous Goods) training?

- Oui / Yes**
 Non / No

Une preuve de formation peut-elle être fournie? / Can proof of training be provided?

- Oui / Yes**
 Non / No

Équipement et infrastructure / Equipment and Infrastructure

Êtes-vous équipé d'une centrifugeuse?

Are you equipped with a centrifuge?

- Oui / Yes**
 Non / No

Pouvez-vous fournir les rapports annuels de maintenance/étalonnage des équipements sur site?

Can you provide annual on-site equipment maintenance/calibration reports?

- Oui / Yes**
 Non / No

Êtes-vous en mesure de fournir et de vous procurer l'équipement nécessaire pour l'envoi des échantillons et d'en assumer tous les coûts associés? Are you able to support and procure required equipment to send specimens and incur all the associated costs?

- Imprimantes d'étiquettes / Label printers** **Scanners**
 Matériel pour les échantillons / Specimen handling materials/tubes



<p>Êtes-vous connecté à un système d'information de laboratoire (SIL) pour l'enregistrement des échantillons? Are you connected to a Laboratory Information System (LIS) for sample registration?</p>	<p><input type="checkbox"/> Oui / Yes <input type="checkbox"/> Non / No</p>	<p>Si oui, veuillez indiquer le site / If yes, please indicate the site: <input type="checkbox"/> CUSM / MUHC <input type="checkbox"/> CCOMTL <input type="checkbox"/> COMTL</p>
Personnel et certifications / Staffing and Certification		
<p>Le personnel dispose-t-il des licences appropriées pour prélever des échantillons? Do staff have appropriate licensing to collect specimens?</p>	<p><input type="checkbox"/> Oui / Yes <input type="checkbox"/> Non / No</p>	
<p>Pouvez-vous fournir une preuve de certification sur demande? Can you provide proof of certification upon request?</p>	<p><input type="checkbox"/> Oui / Yes <input type="checkbox"/> Non / No</p>	
Conformité et traçabilité / Compliance and Traceability		
<p>Êtes-vous en mesure de garantir que les informations sur l'échantillon sont identiques à celles de la réquisition correspondante? Are you able to ensure that the information on the sample is identical with the corresponding requisition?</p>	<p><input type="checkbox"/> Oui / Yes <input type="checkbox"/> Non / No</p>	
<p>Êtes-vous agréé par Agrément Canada? Are you accredited with Accreditation Canada?</p>	<p><input type="checkbox"/> Oui / Yes <input type="checkbox"/> Non / No</p>	
Frais / Fees		
<p>Y a-t-il des frais pour vos patients? Are there any fees for your patients?</p>	<p><input type="checkbox"/> Oui / Yes <input type="checkbox"/> Non / No</p>	
<p>Si oui, veuillez indiquer les frais : If yes, please indicate the fees :</p>	<p style="text-align: center;">Frais associés /Associated Fees :</p> <p><input type="checkbox"/> Prise de sang / Blood test? <input type="checkbox"/> Analyses / Analysis? <input type="checkbox"/> Transport? <input type="checkbox"/> Autre / Other :</p>	
Divulgarion / Disclosure		
<p><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></p> <p><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></p> <p><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></p> <p><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></p> <p><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></p> <p><input type="checkbox"/> Je confirme que je serai en mesure de fournir une preuve d'évaluation des compétences pour le personnel, les certificats de transport de marchandises dangereuses ainsi que la certification des équipements. <i>I confirm that I will be able to provide proof of competency assessment for staffing, transport of dangerous goods certificates as well as equipment certification.</i></p>		