

### Identification du demandeur

Nom, Prénom : \_\_\_\_\_

Unité ou clinique : \_\_\_\_\_

Date de la demande : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

Nom de l'analyse concernée : \_\_\_\_\_

Fréquence de l'analyse : \_\_\_\_\_

La demande concerne :  Équipement Précisez le modèle si connu : \_\_\_\_\_

Fourniture Précisez la fourniture : \_\_\_\_\_

Coût approximatif : \_\_\_\_\_

#### Statut de priorisation

de cette analyse :  Suivi de protocole

Suivi en temps réel d'une intervention

Quantité d'échantillon diagnostique inférieur à ce qui est requis par le laboratoire

Autres, expliquer : \_\_\_\_\_

Analyse disponible au laboratoire de l'Unité de biologie médicale du CHU Sainte-Justine :  OUI  
 NON

Résultat doit être disponible en :  < 5 minutes

< 15 minutes

< 30 minutes

> 30 minutes

Type de clientèle visée : \_\_\_\_\_

Besoin de cette analyse en EBMD pour la (les) raison(s) suivante(s) : \_\_\_\_\_

Signature du gestionnaire de l'unité : \_\_\_\_\_

Transmettre le formulaire complété à l'attention de :  
Assistante-chef des EBMD, local 8906 ou par courriel : [adbd.hsj@ssss.gouv.qc.ca](mailto:adbd.hsj@ssss.gouv.qc.ca)



Formulaire de demande d'acquisition d'une **EBMD**  
Formulaire de demande d'acquisition d'une **EBMD**

**Identification du demandeur**

Nom, Prénom : \_\_\_\_\_

Unité ou clinique : \_\_\_\_\_

Date de la demande : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

**Section réservée au comité EBMD**

Formulaire reçu le : \_\_\_\_\_

Demande :  Acceptée  Refusée

Appareil et/ou fourniture suggéré par le Comité EBMD : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Consommable relié à l'appareil (#GRM si connu) : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Commentaire : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Par : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_