

**Analyses de laboratoire PATHOLOGIE**

3175, Côte Sainte-Catherine, Montréal, QC, H3T 1C5, 514 345-4931 poste 5361

Centre hospitalier : _____		Identification du patient	
Adresse : Numéro civique _____ Rue _____		Nom, Prénom _____	
Municipalité _____ Pays/Province _____ Code postal _____		Sexe : F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	
Téléphone : _____ FAX : _____		# Dossier / #Ass. maladie : _____	
MD requérant : _____ # Licence : _____		Date de naissance : _____	
Prélèvement fait: Date: _____ Heure _____		ou _____	
Prélevé par: _____		Plaquer carte _____	
Cocher obligatoirement la nature de l'échantillon et les analyses requises			
Étiquette code à barres du laboratoire			
Renseignement(s) clinique(s): _____ _____ _____ _____			
Diagnostic(s) pré-opératoire(s): _____			
Diagnostic(s) post-opératoire(s) (si différent): _____			
Opération(s): _____			
<input type="checkbox"/> Examen extemporané (congélation): # Tél : _____ Salle : _____ <input type="checkbox"/> État frais <input type="checkbox"/> Formol (fixé) <input type="checkbox"/> Immunofluorescence (Milieu de transport) <input type="checkbox"/> Microscopie électronique (Glutaraldéhyde) <input type="checkbox"/> Z5 <u>Envoi en bactériologie:</u> <input type="checkbox"/> Fait par la salle d'opération <input type="checkbox"/> À faire par la pathologie			
Réservé pathologie	Spécimen(s):		Schéma / orientation du spécimen / demandes spéciales
	1.		
	2.		
	3.		
	4.		
	5.		
	6.		
	Autre : _____		RÉSERVÉ PATHOLOGIE Pathologiste : _____ Date/Heure réception : _____
	Nombre de récipient(s) : _____		

Analyses de laboratoire **PATHOLOGIE**

3175, Côte Sainte-Catherine, Montréal, QC, H3T 1C5, 514 345-4931 poste 5361

À l'usage du laboratoire uniquement

• Nombre de cassettes : _____ • Décalcification : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON • Numéro de cassette : _____ • Réserve formolé : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON • Photographie : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	• Réserve -80°C : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Cytogénétique, spécifiez : _____ <input type="checkbox"/> Hématologie spéciale : <input type="checkbox"/> Ploidie <input type="checkbox"/> Phénotype <input type="checkbox"/> Bactériologie <input type="checkbox"/> COG <input type="checkbox"/> Biologie moléculaire <input type="checkbox"/> ME <input type="checkbox"/> Virologie	Poids : _____ Villosités : _____ Débris foetaux : _____ Longueur du pied : _____ Pathologiste : _____ Ass. pathologiste/autre : _____ Technologiste : _____
---	--	---

Description macroscopique

1. Code :

2. Identification sur le pot :

3. Nombre de spécimen :

4. Couleur :

5. Mensuration :

6. Poids :

7. Nombre de cassette :

8. Initiales du technologiste / ass. pathologiste / autre :

9. Commentaires ou correction :