

Centre hospitalier : _____	Identification du patient
Adresse : Numéro civique _____ Rue _____ Municipalité _____ Pays/Province _____ Code postal _____	Nom, Prénom _____
Téléphone : _____ FAX : _____	Sexe : F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
MD/requérant : _____ # Licence : _____	# Dossier / #Ass. maladie : _____
Prélèvement fait: Date: _____ Heure _____	Date de naissance : _____
Prélevé par: _____	ou _____
Cocher obligatoirement la nature de l'échantillon et les analyses requises	Plaquer carte
SANG : <input type="checkbox"/> VEINEUX <input type="checkbox"/> ARTÉRIEL <input type="checkbox"/> CAPILLAIRE <input type="checkbox"/> CORDON OMBILICAL <input type="checkbox"/> URINE <input type="checkbox"/> SELLES <input type="checkbox"/> AUTRE : _____	

Renseignement clinique: _____

Médicament: _____ L-asparaginase (ASP) _____

Erwinia Chrysanthemi / Erwinase

Pegaspargase / Oncaspar

Erwinia Chrysanthemi (recombinant)-rym / Rylaze

Calaspargase pegol-mknl / Asparlas

Pré-dose Post-dose

Date et heure de la **dernière administration** : _____

Dose : _____ IV IM

(Ne pas oublier d'inscrire la date et l'heure de prélèvement dans la partie du haut de la requête)



3175, Côte Sainte-Catherine, Montréal, QC, H3T 1C5, 514-345-4642

Laboratory analyses **L-Asparaginase**
Laboratory analyses **L-Asparaginase**

Requesting Institution/Unit : _____ Address : Civic number _____ Street _____ Province/Country _____ Postal code _____ Phone number: _____ FAX: _____ Requesting Physician : _____ Sampling Date : _____ Y/M/D Time: _____ Sampled By : _____ Specify blood sample type and the analyses required BLOOD : <input type="checkbox"/> VENIPUNCTURE <input type="checkbox"/> ARTERIAL <input type="checkbox"/> CAPILLARY <input type="checkbox"/> UMBILICAL CORD <input type="checkbox"/> URINE <input type="checkbox"/> Other : Specify _____	Patient Information Last Name, First Name _____ Gender : F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Health care Institution (specify) _____ Medicare card # / Health facility file # _____ D.O.B. : _____ or _____ Stamp the patient's Health Care Institution card
--	---

Clinical information: _____

Medication: _____ L-asparaginase (ASP)

Erwinia Chrysanthemi / Erwinase

Pegaspargase / Oncaspar

Erwinia Chrysanthemi (recombinant)-rym / Rylaze

Calaspargase pegol-mknl / Asparlas

Predose Postdose

Date and time of **last administration** : _____

Dose : _____ IV IM

(Please do not forget to indicate date and sampling time at the top of the request)

LAB NUMBER