CHU de Québec Université Laval

REQUÊTE D'ANALYSES - ANATOMO-PATHOLOGIE

PRÉLEVEUR

LOCALISATION :

DATE PRÉL. : / / HEURE : :

NOM ET PRÉNOM LISIBLES :

(Si différent du prescripteur)

PRESCRIPTEUR

NOM ET PRENOM COMPLETS NO DE PERMIS

TRANSMISSION DU RESULTAT (NOM DE LA CLINIQUE)

MD EN COPIE (NOM ET PRENOM LISIBLE) NO DE PERMIS

NOM DE LA CLINIQUE DU MD EN COPIE

RAMQ

DOSSIER SITE

DATE DE NAISSANCE SEXE M ☐ F ☐

AA/MM/JJ

NOM PRÉNOM

NOM DE LA MÈRE

ADRESSE

NO CIVIQUE/RUE APT

CODE POSTAL TÉLÉPHONE

☐ **ÉTAT FRAIS** ☐ **EXTEMPORANÉ**

☐ **URGENT** ☐ **SEMI-URGENT** ☐ **ROUTINE**

☐ **Formol 10%** ☐ **Beno-Michel** ☐ **AZF**

No salle et No de téléphone

*Date de prélèvement (aaaa/mm/jj) :

*Heure de prélèvement (hh :mm) :

Date du prochain rendez-vous :

Heure de fixation (si différent de prélèvement) :

*renseignements obligatoires

***DIAGNOSTIC PRÉ-OPÉRATOIRE / OPÉRATION / RENSEIGNEMENTS CLINIQUES :**

[Étiquette de laboratoire]

SITE DU PRÉLÈVEMENT :

A		L	
B		M	
C		N	
D		O	
E		P	
F		Q	
G		R	
H		S	
I		T	
J		U	
K		V	