



assurer de fournir suffisamment d'informations pour justifier la nécessité de ce test dans la section « Renseignements complémentaires concernant les services demandés ». À titre d'exemple, « homme de 46 ans atteint d'une maladie granulomateuse pulmonaire » fournit des informations adéquates au microbiologiste chargé de l'approbation des tests pour évaluer la pertinence de la demande. Par contre, une demande d'« exclusion de l'histoplasmose » n'est pas adéquate et le test sera annulé.

Nous sommes conscients qu'il s'agit d'un processus laborieux, mais nous sommes tenus de suivre cette directive du MSSS.

Merci de votre coopération.

---

Dear colleagues,

We are receiving an increasing number of requests for tests to assist in the diagnosis of infections with dimorphic fungi, notably *Histoplasma*, *Blastomyces* and occasionally *Coccidioides*. As antigen or antibody testing for these fungi is presently only available in the United States, we are required to follow MSSS requirements for obtaining medical laboratory tests that are not available in Québec. Within OptiLab Montreal MUHC, the MUHC and JGH laboratories are designated sites for validation and approval of such requests. When such a test is not available in Québec, it is a requirement that the requesting physician (the professional authorized to prescribe) fill out the first page of form AH-612, *Autorisation pour des services de biologie médicale non disponibles au Québec*.

Samples received in our laboratories that are not accompanied by a duly filled form cannot be shipped out for analysis, thus potentially delaying diagnosis for patients until the required information and requesting physician signature is obtained. If an appropriately filled form is not received within 15 days after sample receipt, the test will be cancelled.

Accordingly, for each sample to be sent to the MUHC or JGH please download and print the first page of form AH-612, which can be found at:

[http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/intra/formres.nsf/c6dfb077f4130b4985256e38006a9ef0/c026b91c59f6c0a78525785e0064430f/\\$FILE/AH-612\\_DT9186%20\(2012-05\).pdf](http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/intra/formres.nsf/c6dfb077f4130b4985256e38006a9ef0/c026b91c59f6c0a78525785e0064430f/$FILE/AH-612_DT9186%20(2012-05).pdf)

For the MUHC sites, forms for these tests can be found in the MUHC's clinical lab test directory or simply by using the following link: <https://cusm.ca/laboratoires-biologie-medicale>. Please note that for Oacis users at the MUHC, a link to this form will soon be available at time of test order entry. From within the JGH, forms for these tests can be found on the CIUSSS intranet in the Optilab section under the Clinical Departments tab or simply use the following link: <http://co.intra.mtl.rtss.qc.ca/index.php?id=29817&L=0>.

**The form must be filled out as indicated and must accompany the patient's sample.** An example of this form indicating where information must be entered by the requesting physician is attached. Please be sure to provide sufficient information to justify the need for this test in the section "Renseignements complémentaires concernant les service demandés". As an example, "46-year-old man with pulmonary granulomatous disease" provides adequate information for the microbiologist assigned for approval of tests to evaluate the pertinence of the request. In contrast, requesting "rule out a diagnosis of histoplasmosis" is not adequate, and as such the test will be cancelled.

We appreciate that this is a cumbersome process however we are required to follow this MSSS directive.

We thank you for your cooperation.



**AUTORISATION POUR  
DES SERVICES DE BIOLOGIE MÉDICALE  
NON DISPONIBLES AU QUÉBEC**

OU / OR

utiliser l'empreinte de la carte  
d'hôpital du patient pour fournir  
la même information /  
use imprint of patient's hospital  
card to provide the same  
information

À REMPLIR PAR LE PROFESSIONNEL AUTORISÉ À PRESCRIRE										
<b>Identité de l'usager</b>										
Nom de famille à la naissance			Prénom			Date de naissance		Année	Mois	Jour
Sexe		Numéro d'assurance maladie		Numéro de dossier						
<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Nouveau-né										
Adresse		Numéro	Rue	Appartement	Ville	Province	Code postal	Ind. rég.	N° de téléphone	N° de poste
<b>Identité du professionnel autorisé à prescrire</b>										
Nom			Prénom			Numéro de permis				
Spécialité			Ind. rég.	N° de téléphone	N° de poste	Ind. rég.	N° de télécopieur			
Nom de l'établissement										
Adresse		Numéro	Rue	Ville	Province	Code postal				
<b>Personne-ressource à joindre pour information</b>										
Nom			Prénom			Ind. rég.		N° de téléphone	N° de poste	
<b>Diagnostic et services demandés</b>										
Diagnostic				Code OMIM ou autre		Grossesse en cours		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Services de biologie médicale demandés										
<b>Renseignements complémentaires concernant les services demandés</b>										
Si analyse génétique pour maladie héréditaire : confirmation d'absence de mutation familiale connue <input type="checkbox"/>										
Résumé du dossier clinique justifiant les services demandés et, s'il y a lieu, l'envoi simultané de plus d'un test pour un même usager. Si pertinent, joindre des documents supplémentaires (ex. : arbre généalogique)										
Signature du professionnel autorisé à prescrire					Date		Année	Mois	Jour	

**! Si ces sections ne sont pas remplies avec suffisamment de détails, l'analyse demandée sera annulée.**

**! If these sections are not filled in with sufficient detail, the requested test will be cancelled.**