

* Prescripteur / Prescriber		* Nom / last name:
*Nom & Prénom / Last & First name: *No. Permis / Licence: *Clinique, bureau / Clinic, office: *Adresse pour le retour des résultats / Address for return of results: *No. téléphone (Pour valeurs critiques/For critical values): *Signature: _____ *Date (AAYY/MM/JD): _____ *Diagnostic ou Renseignements Cliniques / Diagnosis or relevant information:	* Prénom / first name: No. de dossier ou RAMQ / MRN or RAMQ: Adresse / Address: * Date de naissance / Date of birth (AAYY/MM/JD): * Sexe / Gender:	
* Renseignements Obligatoire / *Mandatory Information		
* Date et heure du prélèvement / Date and time of collection		
20 / / Heure / Time: _____		
Prélevé par / collected by: _____		

❖ Test de première ligne pour diarrhée d'origine parasitaire / First line testing for diarrhea of parasitic origin

Organismes détectés / Organisms detected: *Giardia spp.*, *Cryptosporidium spp.*, *E.histolytica*, *D.fragilis*

<input type="checkbox"/> Selles - diarrhée parasitaire PCR (selles fraîches SANS fixateur, 4°C)	Stool - parasitic diarrhea PCR (fresh stool WITHOUT preservative, 4°C)
<input type="checkbox"/> Selles microscopie - Immunosuppression (selles AVEC fixateur SAF <u>ET</u> selles SANS fixateur, 4°C)	Stool microscopy - Immunocompromised (stool WITH SAF preservative <u>AND</u> stool WITHOUT preservative, 4°C)
<input type="checkbox"/> Selles microscopie – Autre (selles AVEC fixateur SAF)	Stool microscopy –other (stool WITH SAF preservative)

***OBLIGATOIRE / REQUIRED for processing: (Si non-indiqué, le spécimen sera rejeté / If not indicated, the specimen will be rejected)**

***Spécifiez l'indication pour examen microscopique des selles: / *Specify indication for stool microscopy:**

<input type="radio"/> Dépistage immigrant/réfugié	Immigrant/refugee screening
<input type="radio"/> Infection à helminthes suspectée	Helminth suspected
<input type="radio"/> Infection à <i>Cyclospora</i> suspectée	Cyclosporiasis suspected
<input type="radio"/> Recommandé par un microbiologiste	Recommended by a microbiologist

(NOM /NAME: _____)

Toute autre demande pour analyse de selles par microscopie doit être justifiée ci-dessous et approuvée par un microbiologiste:
All other requests for stool microscopy require justification below and approval from microbiologist:

<input type="checkbox"/> Selles-Strongyloides culture (SANS fixateur, NON-réfrigérée) / Stool-Strongyloides culture (WITHOUT preservative, NO refrigeration)	<p>†Historique de voyage/ Travel History</p> Pays visité / Country travelled to: Dates du voyage / Dates of travel: Symptômes / Symptoms: Date des symptômes / Date of symptoms: Grossesse / Pregnancy (Y/N):
<input type="checkbox"/> Oxyure / Pinworm (spatule adhésive / adhesive spatula)	
<input type="checkbox"/> Schistosoma: Urine (10h00-15h00)	
<input type="checkbox"/> Malaria† (Sang 4 mL, tube lavande/ 4mL blood, lavender tube)	
<input type="checkbox"/> Microfilaria (sang / blood)	
<input type="checkbox"/> Microfilaria (peau /skin snips)	
<input type="checkbox"/> Acanthamoeba (culture) - SPECIMEN & SITE:	
<input type="checkbox"/> AUTRE ANALYSE / SPECIMEN: _____	