

# NOTE DE SERVICE

## MEMORANDUM

date:	<b>2022 08 10</b>	Memo n°: MEMO-20220810-01
à :	<b>Tous les utilisateurs externes du laboratoire central du site Glen CUSM</b>	
to:	<b>External MUHC Glen Central Laboratory Users</b>	
de:	<b>Rebecka Lang, B. Sc. (Hons)</b>	<b>Jennifer Ciccarelli-Guevara, MLT</b>
from:	<i>Chef de service, Laboratoire central Glen Laboratory manager, Glen Central Laboratory</i>	<i>Chef de service, Laboratoire de Microbiologie &amp; Génétique-Glen Laboratory manager, Glen Microbiology &amp; Genetics Laboratory</i>
objet :	<b>Décentralisation de la réception centrale - CUSM, site Glen</b>	
subject:	<b>Decentralization of Central Reception – MUHC, Glen Site</b>	

ENGLISH WILL FOLLOW

Veillez noter qu'à partir du **lundi 19 septembre 2022**, le site Glen du CUSM décentralisera sa réception centrale afin d'améliorer le flux de travail, les délais d'exécution et la traçabilité des spécimens.

Par conséquent, tous les spécimens destinés au Laboratoire de microbiologie doivent être emballés séparément de ceux destinés au Laboratoire central. Les spécimens doivent être adressés au Laboratoire de Microbiologie, E05.3028-1, comme suit :

**En tout temps (y compris les fins de semaine et les jours fériés)**

CUSM – Site Glen  
**Laboratoire de microbiologie - E05.3028-1**  
1001 Decarie Blvd  
Montréal, Québec  
H4A 3J1

Veillez vous référer à la requête de microbiologie ci-jointe pour obtenir la liste des tests effectués dans le laboratoire de microbiologie. Pour les exigences de transport, veuillez vous référer au Répertoire des analyses via OMNI Assistant : <https://csm.omni-assistant.net/labo/MasterSearch.aspx>.

Nous vous demandons de continuer à envoyer les spécimens COVID séparément des autres spécimens de microbiologie au même endroit.

Il n'y aura aucun changement dans le lieu de livraison des spécimens destinés au **Laboratoire central**.

**Du lundi au vendredi, de 08h00 à 16h00 (sauf jours fériés)**

CUSM – Site Glen  
**RÉCEPTION DES ÉCHANTILLONS - E04.1044-1**  
1001 Decarie Blvd  
Montréal, Québec  
H4A 3J1

**Du lundi au vendredi, de 16h00 à 08h00 (soir/nuite), les fins de semaines et jours fériés.**

CUSM – Site Glen  
**Laboratoire central - E04.3026**  
1001 Decarie Blvd  
Montréal, Québec  
H4A 3J1

**Tous les spécimens STAT doivent être emballés séparément et l'EXTÉRIEUR du contenant de transport doit être clairement identifié comme STAT.**

Si vous avez des questions à ce sujet, veuillez communiquer avec le Service à la clientèle des laboratoires cliniques au 514-934-1934, poste 35687.

Nous vous remercions de votre collaboration.

---

Please note that as of **Monday, September 19, 2022**, the MUHC Glen Site will be decentralizing its Central Reception in order to improve workflow, turn-around-times, and specimen traceability.

Consequently, all specimens destined for the Microbiology Laboratory must be packaged separately from those destined for the Central Laboratory. Specimens must be addressed to the Microbiology Laboratory at **E05.3028-1** as follows:

**At all times (including weekends and statutory holidays)**

MUHC – GLEN SITE  
**MICROBIOLOGY LABORATORY E05.3028-1**  
1001 Decarie Blvd  
Montréal, Québec  
H4A 3J1

Please refer to the attached Microbiology requisition for a list of tests performed in the Microbiology laboratory. For transport requirements, please refer to the Lab Test Directory via OMNI Assistant:  
<https://cusc.omni-assistant.net/labo/MasterSearch.aspx>.

We ask that you continue to send COVID specimens separately from other microbiology specimens to the same location.

There will be no change in the delivery location of specimens destined for the **Central Laboratory**.

**Monday to Friday, 08h00 – 16h00 (Except Statutory Holidays)**

MUHC – GLEN SITE  
**CL SPECIMEN RECEPTION - E04.1044-1**  
1001 Decarie Blvd  
Montréal, Québec  
H4A 3J1

**Monday to Friday, 16h00 – 08h00 (evening/night), Weekends AND Statutory Holidays**

MUHC – GLEN SITE  
**CENTRAL LABORATORY - E04.3026**  
1001 Decarie Blvd  
Montréal, Québec  
H4A 3J1

**All STAT specimens must be packaged separately and the OUTSIDE of the transport container must be clearly identified as STAT.**

Should you have any questions regarding this matter, please contact Client Services for Clinical Laboratories at 514-934-1934 ext 35687.

We thank you for your collaboration.

<b>* Prescripteur / Prescriber</b>		* Nom / last name:	
*Nom & Prénom / Last & First name:		* Prenom / first name:	
*No. Permis / Licence:		No. de dossier ou RAMQ / MRN or RAMQ:	
*Clinique, bureau / Clinic, office:		Adresse / Address:	
*Adresse pour le retour des résultats / Address for return of results:		* Date de naissance / Date of birth (AAYY/MM/JD):	
*No. téléphone :		* Sexe / Gender:	
*Signature: _____ *Date (AAYY/MM/JD): _____		<b>* Renseignements Obligatoire / *Mandatory Information</b>	
*Diagnostique ou Renseignements Cliniques / Diagnosis or relevant information:		<b>* Date et heure du prélèvement / Date and time of collection</b>	
ANTIMICROBIAL? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> No		20__/__/____    Heure / Time: _____	
<b>BLOOD</b> <input type="checkbox"/> Catheter <input type="checkbox"/> Peripheral  <b>BONE MARROW</b> <input type="checkbox"/> Bone Marrow		<b>NOSE</b> <input type="checkbox"/> Nose  <b>RESPIRATORY</b> <input type="checkbox"/> BAL <input type="checkbox"/> Endotracheal aspirate <input type="checkbox"/> Nasopharyngeal aspirate <input type="checkbox"/> Sinus <input type="checkbox"/> Sputum <input type="checkbox"/> Sputum (CF) <input type="checkbox"/> OTHER: _____	
<input type="checkbox"/> Bacterial culture <input type="checkbox"/> CMV Viral load (Lavender tube 4ml) <input type="checkbox"/> EBV Viral load (Lavender tube 4ml) <input type="checkbox"/> Fungal culture (Mycof) <input type="checkbox"/> HepB Viral load (Lavender tube 4ml) <input type="checkbox"/> HepC Viral load (Lavender tubes 2x4ml) <input type="checkbox"/> HIV Viral load (Lavender tubes 2x4ml) <input type="checkbox"/> JC/BK Viral load (Lavender tube 4ml) <input type="checkbox"/> Malaria (Lavender tube 4ml) <input type="checkbox"/> Mycobacterial culture (Mycof) <input type="checkbox"/> OTHER _____		<input type="checkbox"/> MRSA screen <input type="checkbox"/> MSSA screen  <input type="checkbox"/> Bacterial culture <input type="checkbox"/> B. pertussis PCR (ETA,NPA,BAL) <input type="checkbox"/> Flu A/B only (ETA,NPA,BAL) <input type="checkbox"/> Fungal culture <input type="checkbox"/> Galactomannan Antigen (BAL only) <input type="checkbox"/> Mycobacterial culture <input type="checkbox"/> Mycoplasma/Chlamydia PCR(ETA,NPA,BAL) <input type="checkbox"/> Respiratory virus PCR (ETA,NPA,BAL) <input type="checkbox"/> Viral culture (*Specify _____) <input type="checkbox"/> OTHER _____	
<b>BIOPSIE / TISSUE</b> Specify Site: _____		<b>SKIN/NAIL/HAIR</b> <input type="checkbox"/> Scraping: *Specify _____  <input type="checkbox"/> Vesicle <input type="checkbox"/> Slide (DFA) <input type="checkbox"/> Swab (culture only)	
<input type="checkbox"/> Deep bacterial culture (aerobic & anaerobic) <input type="checkbox"/> Fungal culture <input type="checkbox"/> Mycobacterial culture <input type="checkbox"/> Viral culture (*Specify _____) <input type="checkbox"/> OTHER _____		<input type="checkbox"/> Fungal culture <input type="checkbox"/> Superficial bacterial culture (skin)  Herpes simplex (HSV) <input type="checkbox"/> DFA <input type="checkbox"/> Culture Varicella zoster (VZV) <input type="checkbox"/> DFA <input type="checkbox"/> Culture	
<b>EAR</b> Specify: <input type="checkbox"/> Right <input type="checkbox"/> Left <input type="checkbox"/> External canal <input type="checkbox"/> Middle ear canal <input type="checkbox"/> OTHER: _____		<b>STOOL</b> †Please use requisition DM-3103 for parasitology testing <input type="checkbox"/> Rectal swab <input type="checkbox"/> Stool <input type="checkbox"/> OTHER: _____	
<input type="checkbox"/> Bacterial culture <input type="checkbox"/> Fungal culture <input type="checkbox"/> Viral culture (*Specify: _____) <input type="checkbox"/> OTHER _____		<input type="checkbox"/> Bacterial culture <input type="checkbox"/> Clostridium difficile toxin B gene PCR <input type="checkbox"/> CPE Screening (KPC-carbapenamase-producing Enterobacteriaceae) <input type="checkbox"/> Rotavirus Direct Detection (ELISA) <input type="checkbox"/> Viral culture (*Specify _____) <input type="checkbox"/> VRE screen <input type="checkbox"/> Yeast culture	
<b>EYE</b> Specify: <input type="checkbox"/> Right <input type="checkbox"/> Left <input type="checkbox"/> Conjunctiva <input type="checkbox"/> Vitreous <input type="checkbox"/> Cornea <input type="checkbox"/> OTHER: _____		<b>THROAT</b> <input type="checkbox"/> Throat	
<input type="checkbox"/> Bacterial culture <input type="checkbox"/> Fungal culture <input type="checkbox"/> Viral culture (*Specify: _____) <input type="checkbox"/> OTHER _____		<input type="checkbox"/> Beta strep culture (Streptococcus A,C,G) <input type="checkbox"/> Yeast culture <input type="checkbox"/> OTHER _____	
<b>FLUID</b> <input type="checkbox"/> Amniotic <input type="checkbox"/> CSF (site): _____ <input type="checkbox"/> Dialysate <input type="checkbox"/> Joint (site): _____ <input type="checkbox"/> Peritoneal <input type="checkbox"/> Pericardial <input type="checkbox"/> Pleural: <input type="checkbox"/> Right <input type="checkbox"/> Left <input type="checkbox"/> OTHER: _____		<b>URINE</b> <input type="checkbox"/> Bladder tap <input type="checkbox"/> Cystoscopy <input type="checkbox"/> In/Out Catheter <input type="checkbox"/> Indwelling catheter <input type="checkbox"/> Midstream <input type="checkbox"/> Nephrostomy <input type="checkbox"/> Pediatric Bag <input type="checkbox"/> Suprapubic catheter <input type="checkbox"/> OTHER: _____	
<input type="checkbox"/> Bacterial culture <input type="checkbox"/> Cryptococcal antigen (CSF only) <input type="checkbox"/> Fungal culture <input type="checkbox"/> Multiplex bacterial PCR <input type="checkbox"/> Mycobacterial culture <input type="checkbox"/> Viral culture (*Specify _____) <input type="checkbox"/> **PCR for _____ <input type="checkbox"/> OTHER _____		<input type="checkbox"/> Bacterial culture <input type="checkbox"/> Chlamydia/GC PCR <input type="checkbox"/> CMV culture <input type="checkbox"/> Legionella Ag <input type="checkbox"/> Mycobacterial culture <input type="checkbox"/> PCR for (*Specify _____) <input type="checkbox"/> Schistosoma (10h00-15h00)(20-25°C) <input type="checkbox"/> Viral culture (*Specify _____)	
<b>GENITAL</b> <input type="checkbox"/> Anal canal <input type="checkbox"/> Cervix <input type="checkbox"/> Recto-vaginal (Group B Strep only) <input type="checkbox"/> Urethra <input type="checkbox"/> Vagina <input type="checkbox"/> Vulva <input type="checkbox"/> OTHER: _____		<b>WOUNDS</b> <input type="checkbox"/> Surgical site: (*Specify) _____ <input type="checkbox"/> Non-Surgical site: _____	
<input type="checkbox"/> Bacterial culture <input type="checkbox"/> Chlamydia / Gonorrhea PCR <input type="checkbox"/> GC culture (urethra or cervix) <input type="checkbox"/> Group B Strep screen <input type="checkbox"/> HSV culture <input type="checkbox"/> HPV –women >30 y.o with ASCUS <input type="checkbox"/> Trichomonas preparation <input type="checkbox"/> Recurrent Vulvovaginal Candidiasis <input type="checkbox"/> Vaginitis (Candida & Bacterial Vaginosis)		<input type="checkbox"/> Deep bacterial culture (aerobic & anaerobic) <input type="checkbox"/> Superficial bacterial culture (aerobic)  <input type="checkbox"/> Fungal culture <input type="checkbox"/> Mycobacterial culture <input type="checkbox"/> OTHER _____	
<b>OTHER:</b> _____		<b>OTHER:</b> _____	

<p style="text-align: center;"><b>* Prescripteur</b></p> <p>*Nom &amp; Prénom / Last &amp; First name:                  *No. Permis / Licence:                  *Clinique, bureau / Clinic, office:                  *Adresse pour le retour des résultats /                  Address for return of results:                   *No. téléphone :                  *Signature: _____ *Date (AAYY/MM/JD): _____                  *Diagnostic ou Renseignements Cliniques / Diagnosis or relevant information:                   ANTIMICROBIAL? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>	<p>* Nom / last name:                  * Prénom / first name:                  No. de dossier ou RAMQ / MRN or RAMQ:                  Adresse / Address:                   * Date de naissance / Date of birth (AAYY/MM/JD):                  * Sexe / Gender:   <p style="text-align: center;"><b>* Renseignements Obligatoire</b></p> <p style="text-align: center;"><b>* Date et heure du prélèvement</b></p> <p style="text-align: center;">20___/___/___ Heure / Time: _____</p>                 Prélevé par / collected by: _____</p>
<p><b>BIOPSIE/TISSUS</b> <input type="checkbox"/> Culture bactérienne (aérobie et anaérobie)                  Spécifier le site: <input type="checkbox"/> Culture virale (*Spécifier _____)  <input type="checkbox"/> Mycobactéries <input type="checkbox"/> Mycoses  <input type="checkbox"/> AUTRE: _____</p>	<p><b>RESPIRATOIRE</b> <input type="checkbox"/> Antigène galactomanane (LBA seulement)  <input type="checkbox"/> Bordetella pertussis PCR (AET,ANP,LBA)  <input type="checkbox"/> Culture bactérienne  <input type="checkbox"/> Culture virale (*Spécifier _____)  <input type="checkbox"/> Aspiration endo-trachéale  <input type="checkbox"/> Aspiration naso-pharyngée  <input type="checkbox"/> Expectorations  <input type="checkbox"/> Expectorations (FKP)  <input type="checkbox"/> Lavage broncho-alvéolaire  <input type="checkbox"/> Sinus  <input type="checkbox"/> Influenza A/B PCR (AET,ANP,LBA)  <input type="checkbox"/> Mycobactéries  <input type="checkbox"/> Mycoplasma/Chlamydia PCR(AET,ANP,LBA)  <input type="checkbox"/> Mycoses  <input type="checkbox"/> Virus respiratoires PCR (AET,ANP,LBA)  <input type="checkbox"/> AUTRE: _____</p>
<p><b>GORGE</b> <input type="checkbox"/> Culture bactérienne (Streptocoque A,C,G)  <input type="checkbox"/> Levures  <input type="checkbox"/> AUTRE: _____</p>	<p><b>SANG</b> <input type="checkbox"/> Culture bactérienne  <input type="checkbox"/> CMV charge virale (Tube lavande 4ml)  <input type="checkbox"/> EBV charge virale(Tube lavande 4ml)  <input type="checkbox"/> HepB charge virale (Tube lavande 4ml)  <input type="checkbox"/> HepC charge virale (Tubes lavande 2x4ml)  <input type="checkbox"/> JC/BK charge virale (Tube lavande 4ml)  <input type="checkbox"/> Malaria (Tube lavande 4ml)  <input type="checkbox"/> Mycobactéries (Mycof)  <input type="checkbox"/> Mycoses (Mycof)  <input type="checkbox"/> VIH charge virale (Tubes lavande 2x4ml)  <input type="checkbox"/> AUTRE: _____</p>
<p><b>LIQUIDES BIOLOGIQUES</b> <input type="checkbox"/> Antigène cryptococcique (LCR seulement)  <input type="checkbox"/> Amniotique <input type="checkbox"/> Culture bactérienne  <input type="checkbox"/> Articulaires (site): _____ <input type="checkbox"/> Culture virale (*Spécifier _____)  <input type="checkbox"/> Dialysat <input type="checkbox"/> Multiplex bactérien PCR  <input type="checkbox"/> LCR (site): _____ <input type="checkbox"/> Mycoses  <input type="checkbox"/> Péritonéal <input type="checkbox"/> Mycobactéries  <input type="checkbox"/> Péricardique <input type="checkbox"/> PCR pour (*Spécifier _____)  <input type="checkbox"/> Pleural: <input type="checkbox"/> Droit <input type="checkbox"/> Gauche <input type="checkbox"/> AUTRE: _____</p>	<p><b>MOELLE OSSEUSE</b> <input type="checkbox"/> Moelle osseuse  <input type="checkbox"/> AUTRE: _____</p>
<p><b>NEZ</b> <input type="checkbox"/> Dépistage SARM  <input type="checkbox"/> Nez <input type="checkbox"/> Dépistage SASM</p>	<p><b>SELLES</b> <input type="checkbox"/> Clostridium difficile (gène-toxine B) PCR                  *Veuillez utiliser la réquisition DM-3103 pour les tests de parasitologie  <input type="checkbox"/> Culture bactérienne  <input type="checkbox"/> Culture virale (*Spécifier _____)  <input type="checkbox"/> Dépistage ERV  <input type="checkbox"/> Dépistage EPC(KPC-Entérobactéries productrices de carbapénémases)  <input type="checkbox"/> Levures  <input type="checkbox"/> Rotavirus (Détection rapide) (ELISA)  <input type="checkbox"/> Écouvillon rectal  <input type="checkbox"/> Selles  <input type="checkbox"/> AUTRE: _____</p>
<p><b>OEIL</b> <input type="checkbox"/> Culture bactérienne                  Spécifier: <input type="checkbox"/> Droit <input type="checkbox"/> Gauche <input type="checkbox"/> Culture virale (*Spécifier _____)  <input type="checkbox"/> Conjonctive <input type="checkbox"/> Mycoses  <input type="checkbox"/> Vitré <input type="checkbox"/> Cornée <input type="checkbox"/> AUTRE: _____</p>	<p><b>URINE</b> <input type="checkbox"/> Antigène Legionella  <input type="checkbox"/> Chlamydia/Gonorrhoea PCR  <input type="checkbox"/> CMV culture  <input type="checkbox"/> Culture bactérienne  <input type="checkbox"/> Culture virale (*Spécifier _____)  <input type="checkbox"/> Par cathétérisme  <input type="checkbox"/> Mycobactéries  <input type="checkbox"/> PCR pour (*Spécifier _____)  <input type="checkbox"/> Schistosoma (10h00-15h00)(20-25°C)  <input type="checkbox"/> Via sonde  <input type="checkbox"/> AUTRE: _____</p>
<p><b>OREILLE</b> <input type="checkbox"/> Culture bactérienne                  Spécifier: <input type="checkbox"/> Droite <input type="checkbox"/> Gauche <input type="checkbox"/> Culture virale (*Spécifier _____)  <input type="checkbox"/> Externe <input type="checkbox"/> Mycoses  <input type="checkbox"/> Moyenne <input type="checkbox"/> AUTRE: _____</p>	<p><b>UROGÉNITAL</b> <input type="checkbox"/> Chlamydia / Gonorrhoea PCR  <input type="checkbox"/> Culture bactérienne <input type="checkbox"/> Culture Herpès-HSV  <input type="checkbox"/> Neisseria gonorrhoea (culture)(col ou urètre)  <input type="checkbox"/> Streptocoque groupe B (dépistage)  <input type="checkbox"/> Trichomonas culture  <input type="checkbox"/> Vaginite (Candida &amp; vaginose bactérienne)  <input type="checkbox"/> Vaginite à Candida récurrente/réfractaire  <input type="checkbox"/> VPH – femme &gt;30 ans avec ASCUS                  *Inclure la copie du rapport de cytologie ainsi que la réquisition du CHUM complétée. Toute demande d'analyse incomplète sera refusée.  <input type="checkbox"/> AUTRE: _____</p>
<p><b>PEAU/ONGLES/CHEVEUX</b> <input type="checkbox"/> Mycoses  <input type="checkbox"/> Grattage: (*Spécifier) _____ <input type="checkbox"/> Culture bactérienne superficielle (peau)  <input type="checkbox"/> Vésicule: <input type="checkbox"/> Écouvillon (culture seulement) <input type="checkbox"/> Herpès simplex (HSV) <input type="checkbox"/> IFD <input type="checkbox"/> Culture  <input type="checkbox"/> Lame (IFD) <input type="checkbox"/> Varicella zoster (VZV) <input type="checkbox"/> IFD <input type="checkbox"/> Culture</p>	<p><b>ANUS</b> <input type="checkbox"/> Culture bactérienne superficielle (aérobie)  <input type="checkbox"/> Culture bactérienne profonde (aérobie et anaérobie)  <input type="checkbox"/> Mycobactéries  <input type="checkbox"/> Mycoses  <input type="checkbox"/> AUTRE: _____</p>
<p><b>PLAIE / PUS</b> <input type="checkbox"/> Culture bactérienne superficielle (aérobie)  <input type="checkbox"/> Culture bactérienne profonde (aérobie et anaérobie)  <input type="checkbox"/> Mycobactéries  <input type="checkbox"/> Mycoses  <input type="checkbox"/> AUTRE: _____</p>	<p><b>AUTRE:</b> _____</p>