

Pathologiste demandeur / Requesting Pathologist		Information du patient / Patient Information	
*Nom & Prénom / Last & First Name :		* Nom / Last Name:	
*No. de Permis / Licence # :		* Prénom / First Name:	
*Institution:		* RAMQ:	
*Adresse / Address :		Adresse / Address:	
*No. de téléphone / Telephone No. :		* Date de naissance / Date of birth (AAYY/MM/JD):	
*Signature:	*Date (AAYY/MM/JD):		

* Renseignements Obligatoires / * Mandatory Information

IMPORTANT
Toutes les sections doivent être coupées à 3-4 microns^{1 2} sur des lames "Superfrost Plus" ou lames chargées. Si possible envoyer une lame de plus au cas où un problème survient. Double identification des lames envoyées. Toute demande sans identification conforme sera retournée à vos frais. <i>All sections should be cut at 3-4 microns^{1 2} on "Superfrost Plus" or charged slides.</i> <i>If possible please send an extra slide should there be an issue.</i> Double identify the slides sent. All requests without proper identification will be returned at your expense. Instructions: Remplir une réquisition par patient et par site. S'assurer que les colorations appropriées sont cochées. <i>Fill one requisition per patient and per site. Make sure the appropriate stains are marked with a check.</i>

No. de pathologie:		Nbre de lame(s):		Spécimen:	
Pathology No. :		No. of Slide(s):		Specimen :	

COLORATION/STAIN	Glen	MNH ¹	JGH	SMH	LGH	RN
Bile (Schmorl's)						
Bleu Alcian PH 2.5/Alcian Blue PH 2.5						
Bleu de Prusse (Fer)/Perl's Prussian Blue (Iron)						
Bleu de Luxol/ Luxol Fast Blue						
Bleu de Luxol et HE / Luxol fast blue & H&E						
Bleu de Toluidine /Toluidine Blue						
COX						
COX-SDH						
Cuivre (Rhodamine)/Copper (Rhodamine)						
Dimedone PAS						
Elastin (Verhoeff – Van Gieson)						
Esterase (EST)						
Fer Colloïdal (Hales)/Hales Colloidal Iron						

¹ Tissu frais congelé coupé à 10 microns/Fresh frozen tissue cut at 10 microns

² Épaisseur de section requise : 8 microns/Required section thickness: 8 microns

³ Coloration également offerte sur préparation smear/ Stain also offered on smear preparation

Information du patient/ Patient Information	Prénom / First Name	Nom / Last Name	RAMQ
--	---------------------	-----------------	------

COLORATION/STAIN	Glen	MNH ¹	JGH	SMH	LGH	RN
Fite						
Geimsa (May-Grünwald)						
Giemsa (Wright)						
Giemsa Modifié (Hélicobacter pylori)/ <i>Modified Giemsa (Helicobacter pylori)</i>						
GMS-Pneumocystis(Grocott méthénamine d'argent)/ <i>GMS-Pneumocystis(Grocott Methenamine Silver)</i>	3		3	3		
Gram						
Hématoxyline Phloxine Safran (HPS)/ <i>Hematoxylin Phloxine Safron (HPS)</i>						
Huile Rouge O/Oil Red O						
Masson Fontana						
MSB (Martius Yellow Scarlet Red Blue)						
Mucicarmine	3				3	
Nicotinamide adenine dinucleotide (NADH)						
PAS & Bleu Alcian/ <i>Alcian Blue & PAS</i>						
PAS (Acide périodique/ Schiff)/ <i>Periodic Acid Schiff</i>						
PAS Diastase (Acide périodique/Shiff/Diastase)						
PAMS (Acide Périodique/Méthénamine d'argent)/ <i>PAMS (Periodic Acid Methenamine Silver)</i>						
Phosphatase Acide/ <i>Acid Phosphatase</i>						
Phosphorylase						
Réticuline/ <i>Reticulin</i>						
Rouge Congo/ <i>Congo Red</i>	2		2		2	
Succinate Déshydrogénase (SDH) / <i>Succinate Dehydrogenase (SDH)</i>						
Trichrome de Gomori / <i>Gomori's Trichrome</i>						
Trichrome de Masson / <i>Masson Trichrome</i>						
Von Kossa						
Warthin Starry						
Zeihl Neelsen						

¹ Tissu frais congelé coupé à 10 microns/*Fresh frozen tissue cut at 10 microns*

² Épaisseur de section requise : 8 microns/*Required section thickness: 8 microns*

³ Coloration également offerte sur préparation smear/ *Stain also offered on smear preparation*