

DEMANDE DE CONSULTATION DE PATHOLOGIE PATHOLOGY CONSULTATION REQUEST

Pathologist demandeur / Requesting Pathologist	
*Nom & Prénom / Last & First Name :	
*N° de Permis / Licence # :	
*Institution:	
*Adresse / Address :	
*N° de téléphone / Telephone # :	
*N° de télécopieur / Fax # :	
*Signature:	*Date: (AAYY/MM/JD)

* Renseignements Obligatoires / * Mandatory Information

Information du patient / Patient Information	
* Nom / Last Name:	
* Prénom / First Name:	
* RAMQ:	
* Date de naissance / Date of birth: (AAYY/MM/JD)	
Copie à / Copy to	
*Nom, prénom, N° permis / Last & first name, licence #	
*Adresse / Address:	

IMPORTANT

Double identification de tout le matériel. / Double identify all material.

Toute demande sans identification conforme sera retournée à vos frais. / All requests without proper identification will be returned at your expense.

Il est obligatoire d'envoyer un rapport préliminaire ou finalisé / It is mandatory to send a preliminary or final report.

Échantillons pour la cytogénétique et moléculaire ne sont pas considérés comme consultation de pathologie et doivent être envoyés directement au laboratoire approprié / Samples for Cytogenetics or Molecular Testing are not considered Pathology Consults and must be sent directly to the appropriate lab.

Demande de PDL1, svp utiliser la requête pour l'IHC / For PDL1 testing, please use IHC Requisition

<https://muhc.ca/muhc-clinical-laboratories/muhc-laboratory-requisitions-and-consultations>

*A remplir par le demandeur/To be filled by the requester		A l'usage de laboratoire seulement/For lab use only	
Date d'envoi / Date Sent :		Apposez vos initiales sur toutes les entrées/Initial all entry	
Numéro de pathologie de l'hôpital d'origine : Originating Hospital Pathology Number:		Réception/Reception	
		Date de réception : Date Received :	
		Numéro du cas vérifié (Initiales) : Case number verified (Initials):	
Nombre de bloc: Number of Blocks:	Nombre de lame: Number of slides:	Nombre de bloc : Number of Blocks:	Nombre de lame : Number of slides:
Identification du bloc : Block ID: (Ex. A1, 1B)		Identification de bloc : Block ID :	
Rapport ci-joint : Report enclosed: ☐ Oui / Yes ☐ Non / No		Rapport reçu : Report Received: ☐ Oui / Yes ☐ Non / No	
Nom du service ou du pathologiste que vous souhaitez consulter : Name of Service or Pathologist you wish to consult :		Matériaux manquants : Missing Materials: ☐ Oui / Yes ☐ Non / No	
Lettre ci-jointe : Letter attached: ☐ Oui / Yes ☐ Non / No		Institution contactée le : Institution Contacted On:	
		Initiales: Initials:	
		Retour/Return	
		Date de retour de la consultation : Date Consult Returned :	
		Disposition of MUHC Material / Disposition du matériel CUSM ☐ Return / Retourner ☐ Do not return / Ne pas retourner	
		Nombre de bloc : Number of Blocks:	Nombre de lame : Number of slides:
		Commentaires/Comments:	