Laboratoires Cliniques CUSM – Pathologie Glen

*MUHC Clinical Laboratories - GlenPathology*

1001 boul. Décarie, Montréal QC H4A 3J1

**FORMULAIRE DE DEMANDE DE GLUTARALDEHYDE**

***REQUEST FORM FOR GLUTARALDEHYDE***

Remplir ce formulaire et l’envoyer par courriel à /

*Fill in the form and it send by email to:* glenpathology.reception@muhc.mcgill.ca

ou par télécopieur au / *or by fax to*: 514-938-7390

**Date de demande / *Date of request (aayy/mm/dj):***

**Nombre de tube(s) / *Number of vial(s)*:**

**Coordonnées du demandeur / *Requester's Coordinates*:**

Nom / *Name* :

Hôpital Requérant / *Requesting Hospital* :

Département / *Department :*

Étage et no du local / Floor and Room No. :

Adresse / *Address* :

Courriel / *Email* :

# Tél. / *Tel. No.* :

**Note:** Un courriel sera envoyé (via le courriel fourni ci-dessus) au demandeur une fois que les tube(s) auront été envoyés.

*An email will be sent (via the email provided above) to the requester once the vial(s) are sent.*

|  |
| --- |
| À remplir par la réception du laboratoire de Pathologie Glen uniquement /*To be filled by Glen Pathology Lab Reception Only* |
| Date de réception / *Reception Date* | Initiales / *Initials* |
|  |  |