OPTILAB Montréal-CUSM

Information requise pour valeurs critiques
Information required for critical value reporting

Pour assurer que le personnel des laboratoires du CUSM puisse rejoindre le médecin requérant externe (ou son répondant désigné) lors d'un résultat critique, nous vous prions de compléter ce formulaire. Ces renseignements serviront à l'usage exclusif des laboratoires cliniques, et ne seront pas divulgués sans votre autorisation.

* * *

To ensure that MUHC laboratory personnel are able to reach the external requesting physician (or their designated delegate) to report a critical result, we require that this form be filled out. This information is for clinical laboratory use only and will not be divulged to other parties without your authorization.

Médecin ou prescripteur responsable / Responsible Physician or requestor

Nom / Last name — Prénom/ First name:

No. Permis / License number

Nom du Bureau, Clinique ou laboratoire / Name of office, clinic or laboratory

Adresse /Address

Ville/City — Province — Code Postale /Postal code

Numéro de téléphone pour résultats critiques (jour) /Telephone number for critical results (day)

Téléphone/ Telephone

Numéro pour résultats critiques dehors des heures de bureau / Number for critical results after office hours

☐ Téléphone / Telephone ☐ Téléphone cellulaire / Cellular phone

Poste / Extension

☐ Numéro téléavertisseur (personnel) / Pager number (personal) ☐ Numéro téléavertisseur (de garde) / Pager number (on call)

☐ Médecins de garde (expliquer comment les rejoindre) / Physicians on call (explain how to reach them)

_____

_____

Signature du médecin/ Physician's Signature: _____ Date: _____

S'il vous plait, signer et retourner ce formulaire à : / Please sign and return this form to:

L'équipe SIL CUSM / MUHC LIS Service and Support
Laboratoires Cliniques du CUSM, suite C6.72C
Hôpital Royal Victoria, 687 avenue des Pins, Montréal, Québec H3A 1A1
Télécopieur/fax : **514-934-4457**