



Laboratory Service Request Form

We are pleased to have received your request for services at the McGill University Health Centre – Optilab laboratories. Prior to responding to your request, kindly answer the following questions:

1. Contact Information	
Full Name	
Company	
Address Line 1	
Address Line 2	
City / Province	
Postal Code	
Telephone:	
Fax:	
Email:	
Supplier: (SRL if applicable)	

2. Charges	
<input type="checkbox"/>	Do you charge anything to your patients? _____
<input type="checkbox"/>	If so, what is the fee structure? _____

3. Sample Types	
Blood <input type="checkbox"/>	Stool <input type="checkbox"/>
Urine <input type="checkbox"/>	Other <input type="checkbox"/> (Specify) _____
<input type="checkbox"/>	Blood for routine Biochemistry / Immunology and Serology _____
<input type="checkbox"/>	Blood for routine Hematology / Coagulation _____
<input type="checkbox"/>	Samples for microbiology/ virology /mycology _____
<input type="checkbox"/>	Samples for pathology _____
<input type="checkbox"/>	Samples for cytology _____
<input type="checkbox"/>	Samples for molecular testing (PCR, viral loads) _____
<input type="checkbox"/>	Other (specify): _____

4. Volume of sample hours of operation	
What is the expected number of patients/day?	_____
What is the expected volume/sample type (ex. # blood, urine, swabs, slides)?	_____
What are the hours of operation?	_____
What days of the week are you drawing samples?	_____
What time of day are patients sample drawn?	_____
Do you have a centrifuge?	_____
Do you have the ability to deliver samples every 2 hours for un-stabilized samples and hematology/ coagulation samples?	_____



What are your planned delivery times? _____

Which courier company will you use? _____

Please return the completed form to laboratoirescsm@muhc.mcgill.ca or fax to (514) 934-4457



Formulaire de demande de service de laboratoire

Nous sommes heureux d'avoir reçu votre demande de services au Centre universitaire de santé McGill – laboratoires Optilab. Avant de répondre à votre demande, veuillez répondre aux questions suivantes :

1. Informations de contact	
Nom complet	
Compagnie	
Adresse 1	
Adresse 2	
Ville / Province	
Code postal	
Téléphone:	
Télécopier:	
Courriel:	
Fournisseur: (SRL si applicable)	

2. Frais	
<input type="checkbox"/>	Y a-t-il des frais pour vos patients? _____
<input type="checkbox"/>	Si oui, quels sont les frais? _____

3. Types d'échantillons			
<input type="checkbox"/> Sang	<input type="checkbox"/> Selles	<input type="checkbox"/> Urine	<input type="checkbox"/> Autre (Spécifier) _____
<input type="checkbox"/>	Sang pour analyses de routine (biochimie, immunologie et sérologie) _____		
<input type="checkbox"/>	Sang pour analyses de routine (hématologie, coagulation) _____		
<input type="checkbox"/>	Échantillons pour microbiologie / virologie / mycologie _____		
<input type="checkbox"/>	Échantillons pour la pathologie _____		
<input type="checkbox"/>	Échantillons pour la cytologie _____		
<input type="checkbox"/>	Échantillons pour les tests moléculaires (PCR, charges virales) _____		
<input type="checkbox"/>	Autre (Spécifier): _____		

4. Volume d'échantillon Heures opérationnelles	
Quel est le nombre prévu de patients/ jour?	_____
Quel est le volume/type d'échantillon prévu (ex. # sang, urine, swabs, lames)?	_____
Quelles sont les heures d'opérations?	_____
Durant quels jours effectuez-vous les prélèvements d'échantillons?	_____
À quelles heures du jour sont effectués les prélèvements d'échantillons?	_____
Êtes-vous équipé avec une centrifugeuse?	_____



Êtes-vous dans la possibilité de livrer des échantillons à chaque 2 heures pour des échantillons non-stabilisés et d'hématologie/coagulation? _____

Quelles sont vos heures de livraison planifiées? _____

Quelle compagnie de transport allez-vous utiliser? _____

Veuillez retourner le formulaire rempli à laboratoirecuscum@muhc.mcgill.ca ou par télécopieur (514) 934-4457