

REQUÊTE DE PATHOLOGIE

Requérant: Adresse de retour des résultats (OBLIGATOIRE) (Estampe ou lettres moulées)	N° D'ASSURANCE MALADIE (RAMQ) NOM À LA NAISSANCE PRÉNOM DATE DE NAISSANCE SEXE TÉLÉPHONE ADRESSE VILLE CODE POSTAL
Signature du requérant: _____ Nom et prénom du médecin (OBLIGATOIRE)	INDiquer L'ADRESSE ET LE N° DE TÉLÉPHONE <u>DOUBLE IDENTIFICATION OBLIGATOIRE</u>
N° de permis: _____ (OBLIGATOIRE)	<u>Étiquette laboratoire</u> <u>Ne rien inscrire dans cette case</u>
MÉDECIN TRAITANT / COPIE (EN LETTRES MOULÉES):	
NOM, PRÉNOM N° DE PERMIS:	
ADRESSE (ESTAMPE):	
<u>DOUBLE IDENTIFICATION SUR LE PRÉLÈVEMENT</u> <u>OBLIGATOIRE</u> Date du prélèvement: _____ Heure du prélèvement: _____	
<u>RENSEIGNEMENTS CLINIQUES ET CONSTATATIONS PER-OPÉRATOIRE :</u>	
<u>PIÈCES PRÉLEVÉES :</u>	
<u>DIAGNOSTIC CLINIQUE :</u>	
<u>DEMANDE(S) PARTICULIÈRE(S) :</u>	
Pour une bonne compréhension et un bon suivi des rapports, vous devez inscrire les renseignements requis en lettres moulées. Lorsque les prélèvements proviennent de la clinique ou du bureau médical externe, indiquer l'adresse de retour.	