

SITE: St-Jérôme Argenteuil Des Sommets L'Annonciation Mt-Laurier

CLINIQUE
OU SERVICE :

Nom de la clinique, Adresse et Numéro de fax

MÉDECIN
PRESCRIPTEUR: DR

Nom, prénom complet, # pratique en lettre moulée et signature

Copie à:

Nom, prénom complet et # pratique en lettre moulée

Copie à:

Nom, prénom complet et # pratique en lettre moulée

Prélèvement(s): Date: _____ Heure: _____

Ordonnance verbale, copie au dossier médical.

Nom, prénom : _____

Signature de l'inf / tech : _____ # pratique : _____

Important: Tout formulaire non complété conformément sera refusé

➤ Diagnostic pré-opératoire: _____

➤ Antécédents/demandes spéciales (cocher les éléments applicables)

Antécédent de cancer: _____

Antécédent familiaux pertinents : _____

Date du prochain rendez-vous: _____

➤ Procédure/intervention: _____

➤ Renseignements cliniques (spécifique à l'indication chirurgicale): _____

➤ Impression/suspicion clinique (cocher les éléments applicables)

Malin

Lymphome

Néoplasie primitive

Métastase

Autre: _____

Bénin

Inflammatoire/réactionnel

Néoplasique/hyperplasique

Malformation/kyste

Autre: _____

Routine/suivi

Autre: _____

➤ Diagnostic post-opératoire: _____

Identification du patient

(Obligatoire)

Nom:

et

RAMQ:

ou

No. Dossier:

ou

Date de naissance:

Cocher ici pour un état frais

État frais

coller l'étiquette code-barre ici

code-barre

Identification des prélèvements (obligatoire)

A	
B	
C	
D	
E	
F	
G	
H	
I	
J	