Centre intégré de santé et de services sociaux de Laval
Québec

Direction OPTILAB LLL

LABORATOIRE, REQUÊTE ANATOMO-PATHOLOGIE

SITE: ☐ **Argenteuil** ☐ **Des Sommets** ☐ **L'Annonciation** ☐ **Mt-Laurier**

CLINIQUE OU SERVICE :

Nom de la clinique, Adresse, 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 :**

_____

❑ **Antécédent de Chimiothérapie/Radiothérapie**

❑ **Traitement néo adjuvant reçu**

❑ **Tests spéciaux (immuno, bio. mol., dosage, etc):**

_____

❑ **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:** _____

I D E N T I F I C A T I O N & R E N S E I G N E M E N T S C L I N I Q U E S (O B L I G A T O I R E S)

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

Identification des prélèvements (obligatoire)	
A	
B	
C	
D	
E	
F	
G	
H	
I	
J	