

Formulaire de demande de priorisation de cas

Veillez télécopier le formulaire de l'externe au 450-431-8544 ou de l'interne au 28544

Si la mention STAT est déjà sur la requête de pathologie GX-300, il est inutile de remplir ce formulaire.

Identification
OBLIGATOIRE
de la clinique ou
unité de soin



FAX de la clinique pour résultat : _____

Nom, Prénom du patient	# RAMQ ou # Dossier de St-Jérôme	QUEL # de CAS* (ex: 12345-CH-24 ou date du prélèvement/ source...)	Raison de la priorisation** ou Date du <u>prochain</u> rendez-vous	Nom du médecin demandant la priorisation	Réservé au laboratoire

* Un patient à souvent plusieurs cas à son dossier, Veuillez préciser lequel vous voulez prioriser s.v.p.

** S.V.P. prioriser seulement les cas qui nécessitent une intervention clinique urgente