

*IUCPQ-UL	PRÉLEVEUR
*DATE PRÉL. : / /	*HEURE :
*NOM ET PRÉNOM LISIBLES	
	PRESCRIPTEUR
*NOM DU MD	*N° DE PERMIS :
*Urgence de l'IUCPQ-UL au 418 656-4596	
MD EN COPIE (NOM ET PRÉNOM LISIBLES)	N° DE PERMIS :
NOM DE LA CLINIQUE DU MD EN COPIE :	
RENSEIGNEMENTS CLINIQUES :	

Utiliser la carte d'assurance maladie, la carte de l'hôpital ou écrire lisiblement.

ATTENTION : TOUTE DEMANDE INCOMPLÈTE REPRÉSENTE UNE NON-CONFORMITÉ POUVANT ALLER JUSQU'AU REJET DE LA REQUÊTE NOTAMMENT EN CE QUI CONCERNE LA DOUBLE IDENTIFICATION DES ÉCHANTILLONS.

INSCRIRE LES COORDONNÉES DU MÉDECIN TRAITANT DU PATIENT SOURCE DANS LA SECTION «PRESCRIPTEUR – MD EN COPIE»

■ EXPOSITION ACCIDENTELLE (ACCTR)

(REEMPLIR S.V.P.)

CONTAMINÉ EXTERNE **■ PATIENT SOURCE**

NOM DU CONTAMINÉ EXTERNE _____

RAMQ DU CONTAMINÉ EXTERNE _____

UNITÉ OU SERVICE OÙ L'EXPOSITION A EU LIEU _____

MALADIES INFECTIEUSES

- VIH 1 TO
- HÉPATITE B (Ag HBs) } 1 TO
- HÉPATITE C (ANTI-VHC) }

NOTES : ●2 TUBES À BOUCHON OR AVEC GEL (TO) SONT REQUIS ET DOIVENT ÊTRE STABILISÉS AU LABORATOIRE ≤ 2 HEURES.

●LES CASES À COCHER SONT DÉJÀ NOIRCIES EN FONCTION DES ANALYSES REQUISES POUR LE PATIENT SOURCE.

À L'USAGE DU LABORATOIRE : FAXER LES RÉSULTATS À L'URGENCE DE L'IUCPQ-UL AU 418 656-4596