



## Formulaire de réquisition d'un BeLPT

### IDENTIFICATION DU PATIENT

Nom du patient : NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
 Date de Naissance : jj / mm / aa      Sexe :  M    F      Fumeur :  non    oui  
 n° RAMQ :                                    n° Dossier Hôpital/CLSC : \_\_\_\_\_  
 n° CSST :                                    Date de l'événement : jj / mm / aa  
 Autre identification (précisez) : \_\_\_\_\_

### IDENTIFICATION DU DEMANDEUR

Médecin demandeur : \_\_\_\_\_  
 Hôpital / Institution : \_\_\_\_\_  
 Adresse : n°, rue \_\_\_\_\_  
                   Ville, Province \_\_\_\_\_ Code Postal : \_\_\_\_\_  
 Personne ressource : \_\_\_\_\_  
 Tel : \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ ext : \_\_\_\_\_      Fax : \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

### ÉCHANTILLON SANGUIN

Date du prélèvement : jj / mm / aa      Heure : \_\_\_\_\_      Volume : \_\_\_\_\_ ml  
 Le patient est-il sous médication ?       non    oui      précisez : \_\_\_\_\_  
 Commentaires : \_\_\_\_\_

*SVP ne rien inscrire dans ce cadre – Réserve au laboratoire*

Date de livraison : jj / mm / aa      Heure : \_\_\_\_\_      Délai : \_\_\_\_\_ h  
 Remarques : \_\_\_\_\_  
 N° de dossier :                -                -      

### INFORMATIONS POUR FACTURATION

Compagnie / Personne ressource : \_\_\_\_\_  
 Adresse : n°, rue \_\_\_\_\_  
                   Ville, Province \_\_\_\_\_ Code Postal : \_\_\_\_\_ Zip Code: \_\_\_\_\_