

Patient		Requérant	
Sexe : ☐ Femme ☐ Homme DDN : _____ Nom : _____ Prénom : _____ Adresse : _____ App : _____ Ville : _____ Code Postal : _____ Tél. rés. : () _____ Courriel : _____ MP : _____		_____ Nom et prénom No. permis Estampe Adresse complète _____ Signature du requérant (obligatoire)	
Prélevé par : _____ Date : _____ Heure : _____		Note : _____	
☐ Je reconnais avoir été informé des options qui s'offrent à moi quant au service d'analyses biomédicales par le professionnel de la clinique citée plus haut. Je reconnais choisir de mon plein gré le service privé offert par Biron Laboratoire médical inc. (« Biron »). Je reconnais que le service privé offert par Biron n'est pas couvert par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ). Je recevrai une facture par courriel à l'adresse courriel que j'ai fournie à la clinique médicale et je m'engage à acquitter cette facture dans les délais requis. Je confirme qu'aucun autre frais ne m'a été facturé pour l'analyse et le transport des analyses biomédicales. Je consens à ce que la clinique médicale fournisse mes renseignements personnels nécessaires à la prestation de services par Biron. Je reconnais que Biron peut sous-traiter l'analyse des tests et l'évaluation des résultats à l'une de ses filiales ou un de ses fournisseurs de service de laboratoire ou d'analyse médicale situé au Canada ou aux États-Unis. Signature du patient : _____ Date : _____ Nom du professionnel (lettres moulées) : _____ Signature du professionnel : _____			
Cocher le(s) service(s) demandé(s)		Contenant requis	Prix
Mycoses superficielles Prélèvement de choix : grattage. ☐ 6410 Site du prélèvement (ex : orteil #1, gauche) : _____ Déposer dans un pot stérile. Conservation : à la température de la pièce.			175 \$
Biopsie cutanée, tumeur simple Veuillez indiquer : Site du prélèvement (ex : orteil #1, gauche) : _____ ☐ 9116 Renseignements cliniques / diagnostic suspecté : _____ Déposer dans un contenant avec formol. Inscrire la date et l'heure de prélèvement sur le contenant. Conservation : à la température de la pièce.			150 \$
Culture de plaie Prélever avec une curette Amies Clair. Contre-indications : prise d'antibiotiques. Il est suggéré d'attendre 1 semaine après la fin du traitement pour faire le prélèvement. Conservation : à la température de la pièce. Acheminer au laboratoire dans un délai maximal de 24 heures. ☐ 5390			79 \$
Liquide synovial culture aérobie et anaérobie Ce prélèvement peut être effectué seulement du lundi au vendredi, avant 15h00. Avant de prélever, veuillez nous aviser en appelant le 1 866 923-9222 poste 2852, avant 14h30. ☐ 5553 Prélever avec une seringue et transférer dans un pot stérile. Inscrire la date et l'heure de prélèvement sur le contenant. Contre-indications : prise d'antibiotiques. Il est suggéré d'attendre 1 semaine après la fin du traitement pour faire le prélèvement. Conservation : à la température de la pièce. Acheminer au laboratoire le jour-même.			159 \$
Liquide synovial décompte cellulaire Ce prélèvement peut être effectué seulement du lundi au vendredi, avant 15h00. Avant de prélever, veuillez nous aviser en appelant le 1 866 923-9222 poste 2852, avant 14h30. ☐ 5413 Prélever avec une seringue et transférer dans un tube EDTA lavande. Quantité minimale requise : 1mL. Conservation : en chaîne de froid (entre 2 °C et 8°C). Acheminer au laboratoire dans les plus brefs délais, le jour-même.			89 \$
Liquide synovial cristaux Ce prélèvement peut être effectué seulement du lundi au vendredi, avant 15h00. Avant de prélever, veuillez nous aviser en appelant le 1 866 923-9222 poste 2852, avant 14h30. ☐ 5411 Prélever avec une seringue et transférer dans un pot stérile. Quantité minimale requise : 1mL. Conservation : à la température de la pièce.			199 \$

Important

Assurez-vous de bien respecter les directives suivantes sans quoi nous ne pourrons pas procéder à l'analyse.

Demande de cueillette de l'échantillon.

Communiquer avec notre laboratoire au 514 866-5005, poste 2852 avant de procéder au prélèvement, pour planifier la cueillette du spécimen.

Vérifier la date de péremption sur le contenant.

Inscrire le nom, le prénom et la date de naissance du patient sur le contenant.

Compléter l'ordonnance médicale.

Si le requérant souhaite que le patient reçoive une copie du rapport de résultats, à l'exception des biopsies, demander l'adresse courriel du patient et lui faire choisir un mot de passe (MP) de 6 à 15 caractères et l'inscrire dans l'espace prévu à cet effet dans la section "Patient".

Les informations suivantes sont obligatoires :

- Nom, prénom et date de naissance à la section « **Patient** ».
- Nom, numéro de licence, adresse et signature à la section « **Requérant** ».
- Le ou les services demandés à la section « **Cocher le(s) service(s) demandé(s)** ».
- La signature du patient à la section « **Consentement** ».

Envoi pour analyse au laboratoire

Déposer l'échantillon dans le sac de transport biohasard et l'ordonnance médicale dans la pochette du sac. Inclure un tampon absorbant et sceller le sac. Remettre au messenger de Biron à son arrivée.