



DT9186

## AUTORISATION POUR DES SERVICES DE BIOLOGIE MÉDICALE NON DISPONIBLES AU QUÉBEC



À REMPLIR PAR LE PROFESSIONNEL AUTORISÉ À PRESCRIRE											
Identité de l'utilisateur											
Nom de famille à la naissance			Prénom				Date de naissance		Année	Mois	Jour
Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Nouveau-né		Numéro d'assurance maladie				Numéro de dossier					
Adresse	Numéro	Rue			Appartement	Ville					
	Province			Code postal	Ind. rég.	N° de téléphone	Ind. rég.	Autre téléphone			
Identité du professionnel autorisé à prescrire											
Nom			Prénom				Numéro de permis				
Spécialité					Ind. rég.	N° de téléphone		Ind. rég.	N° de télécopieur		
Nom de l'établissement											
Adresse	Numéro	Rue			Ville						
	Province			Code postal							
Personne-ressource à joindre pour information											
Nom			Prénom				Ind. rég.		N° de téléphone		
Diagnostic et services demandés											
Diagnostic					Code OMIM ou autre		Grossesse en cours <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non				
Services de biologie médicale demandés											
Renseignements complémentaires concernant les services demandés											
Si analyse génétique pour maladie héréditaire : confirmation d'absence de mutation familiale connue <input type="checkbox"/>											
Résumé du dossier clinique justifiant les services demandés et, s'il y a lieu, l'envoi simultané de plus d'un test pour un même usager. Si pertinent, joindre des documents supplémentaires (ex. : arbre généalogique)											
<b>Signature du professionnel autorisé à prescrire</b>											

Nom de l'utilisateur	N° de dossier
----------------------	---------------

**À REMPLIR PAR LE MÉDECIN APPROBATEUR**

**Identité du médecin approuvateur rattaché à un établissement désigné (médecin généticien ou médecin de laboratoire ayant une compétence officiellement reconnue par son établissement dans le domaine concerné par la demande d'analyse)**

Nom	Prénom	Numéro de permis	
Spécialité	Ind. rég.	N° de téléphone	Ind. rég. N° de télécopieur

Établissement désigné :

CHU Sainte-Justine  
 CHUS  
 CHUM  
 CHUQ  
 CUSM  
 HMR  
 HGJ  
 CHAUQ

Adresse	Numéro	Rue	Province	Code postal
	Ville			

**Établissement où les services de biologie médicale seront réalisés**

Nom de l'hôpital ou du laboratoire	Nom et prénom du médecin responsable	Coût estimé des services (\$ CAD)
		\$

Adresse	Numéro	Rue	Province/État	Pays	Code postal	Bureau
	Ville					

J'atteste que, autant que je sache, les services de biologie médicale :

sont cliniquement requis;  
 non disponibles au Québec;  
 non disponibles au Canada (dans le cas d'une demande de services à l'extérieur du Canada).

Signature du médecin approuvateur	Date	Année	Mois	Jour

Coût réel des services (\$ CAD)	\$
---------------------------------	----

Signature du directeur des ressources financières de l'établissement désigné	Date	Année	Mois	Jour