



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	N° de poste	Ind. rég.	Autre téléphone	N° de poste		
Identité du professionnel autorisé à prescrire											
Nom				Prénom							
Spécialité				Ind. rég.	N° de téléphone	N° de poste	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	N° de poste		
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)											
Signature du professionnel autorisé à prescrire			Numéro de permis			Date		Année	Mois	Jour	

Nom de l'utilisateur	N° d'assurance maladie	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			
Spécialité	Ind. rég.	N° de téléphone	N° de poste	Ind. rég.	N° de télécopieur

Établissement désigné :

CHU Sainte-Justine
 CHUS
 CHUM
 CHU de Québec
 CUSM
 HMR
 HGJ

Adresse	Numéro	Rue		
	Ville		Province	Code postal

La demande est :

autorisée
 annulée après discussion avec le professionnel prescripteur

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			Bureau
	Ville		Province/État	Pays	Code postal

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		Numéro de permis		Date	Année	Mois	Jour

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

Signature du directeur des ressources financières de l'établissement serveur désigné de la grappe de biologie médicale		Date	Année	Mois	Jour