



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				Numéro de permis				
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						Date		Année	Mois	Jour	

Nom de l'utilisateur	N° d'assurance maladie	N° de dossier
----------------------	------------------------	---------------

À REMPLIR PAR LE MÉDECIN APPROBATEUR

Identité du médecin approuvé 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	N° de poste
			Ind. rég.
			N° de télécopieur

Établissement désigné :

CHU Sainte-Justine
 CHUS
 CHUM
 CHUQ
 CUSM
 HMR
 HGJ
 CHAUQ

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 approuvé	Date	Année	Mois	Jour

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

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