



DT9186

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



À REMPLIR PAR LE PROFESSIONNEL AUTORISÉ À PRESCRIRE											
Identité de l'usager											
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

<b>Coût réel des services (\$ CAD)</b>	\$
--	----

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