



* Prescripteur / Prescriber	
<p>*Nom / Last name: _____</p> <p>*Prénom / First name: _____ No. Permis / Licence: _____</p> <p>*Clinique, bureau / Clinic, office: _____</p> <p>*Adresse pour le retour des résultats / Address for return of results: _____</p> <p>*No. téléphone (Valeurs critiques/ critical values) : _____</p> <p>*Signature: _____ *Date (AAYY/MM/JD): _____</p> <p><i>*Diagnostic ou Renseignements Cliniques / Diagnosis or relevant information:</i></p>	<p>* Nom / last name: _____</p> <p>* Prenom / first name: _____</p> <p>No. de dossier ou RAMQ / MRN or RAMQ: _____</p> <p>Adresse / Address: _____</p> <p>* Date de naissance / Date of birth (AAYY/MM/JD): _____</p> <p>* Sexe / Gender: _____</p> <p style="text-align: center;">* Renseignements Obligatoire / *Mandatory Information</p>
* Date et heure du prélèvement / Date and time of collection	
<p>20 / / Heure / Time: _____</p>	
<p>Prélevé par / collected by: _____</p>	
<p><input type="checkbox"/> Selles - diarrhée parasitaire PCR </p> <p><input type="checkbox"/> Organismes détectés / Organisms detected: <i>Giardia spp., Cryptosporidium spp., E.histolytica, D.fragilis</i></p> <p>(specimen SANS fixateur, 4°C)</p>	<p>Stool - parasitic diarrhea PCR </p> <p>(stool WITHOUT preservative, 4°C)</p>
<p><input type="checkbox"/> Selles microscopie - Immunosuppression</p> <p>(specimen AVEC fixateur SAF <u>ET</u> specimen SANS fixateur, 4°C)</p>	<p>Stool microscopy - Immunocompromised</p> <p>(specimen WITH SAF preservative <u>AND</u> stool WITHOUT preservative, 4°C)</p>
<p><input type="checkbox"/> Selles microscopie – Autre</p> <p>(specimen AVEC fixateur SAF)</p>	<p>Stool microscopy – Other</p> <p>(specimen WITH SAF preservative)</p>
<p><u>OBLIGATOIRE / REQUIRED for processing:</u></p> <p> Spécifiez l'indication pour examen <u>microscopique</u> des selles: / Specify indication for stool <u>microscopy</u>:</p> <p><input type="radio"/> Dépistage immigrant/réfugié Immigrant/refugee screening</p> <p><input type="radio"/> Infection à helminthes suspectée Helminth suspected</p> <p><input type="radio"/> Infection à <i>Cyclospora</i> suspectée Cyclosporiasis suspected</p> <p><input type="radio"/> Recommandé par un microbiologiste Recommended by a microbiologist</p> <p>(NOM /NAME: _____)</p>	
<p><u>Toute autre demande pour analyse de selles par microscopie doit être justifiée ci-dessous et approuvée par un microbiologiste:</u></p> <p><u>All other requests for stool microscopy require justification below and approval from microbiologist:</u></p>	
<p><input type="checkbox"/> Selles-Strongyloides culture (SANS fixateur, NON-réfrigérée) / Stool-Strongyloides culture (WITHOUT preservative, NO refrigeration)</p> <p><input type="checkbox"/> Oxyure / Pinworm</p> <p><input type="checkbox"/> Schistosoma: Urine (10h00-15h00)</p> <p><input type="checkbox"/> Malaria (Sang 7 mL, tube lavande/ 7mL blood, lavender tube)</p> <p><input type="checkbox"/> Microfilaria (sang / blood)</p> <p><input type="checkbox"/> Microfilaria (peau /skin snips)</p> <p><input type="checkbox"/> Acanthamoeba (culture) - SPECIMEN & SITE: _____</p> <p><input type="checkbox"/> AUTRE ANALYSE/SPECIMEN: _____</p>	