

REQUISITION FORM

Patient Information

Last Name: _____
 Given Names: _____
 Street: _____ Suite: _____
 City: _____ Province/State: _____
 Country: _____ Postal Code: _____
 Tel: _____ Fax: _____
 Email: _____
 Date of Birth: _____ Gender: Male Female
DD-MM-YYYY
 Medical #: _____

Physician Information

Physician: _____ Medical #: _____
 Other Physician: _____ Medical #: _____
 Clinic/Hospital: _____
 Street: _____ Suite: _____
 City: _____ Province/State: _____
 Country: _____ Postal Code: _____
 Tel: _____ Ext: _____ Fax: _____
 Email: _____

Payment Information

Credit Card #: _____ Expiry: _____
MM-YYYY
 Name on Card: _____
 Cardholder Signature: _____
 OR
 Account #: _____

Office Use Only

Paid Cash Debit Credit

Approver Signature: _____

Test Selection

(Select appropriate test and specimen type)

- LungSign™ Test**
- Sputum - Induced (Acoustic)
 - Sputum - Induced (Saline)
- OralAdvance™ Test**
- Buccal Mucosa
 - Other - Specify: _____
- ClearCyte™ Quantitative Cytology**
- Urine - Voided
 - Bladder Washings
 - Urine - Catheterized
 - Pleural Fluid
 - Peritoneal Fluid
 - Fine Needle Aspirate - Site: _____
 - Other - Specify: _____

Collection Information

Date Collected: _____
DD-MM-YYYY

Volume Collected (ml): _____

(Select One)

- Prepared Slide
 Liquid Based

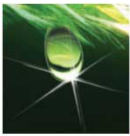
Laboratory Use Only

Date Received: _____
DD-MM-YYYY

Technician Signature: _____

Inspection
 Comments: _____

- Accepted Rejected Pending



Formulaire de demande

Renseignements sur le patient

Nom: _____

Prénoms: _____

Rue: _____ Suite: _____

Ville: _____ Province/État: _____

Pays: _____ Code Postal: _____

Tél: _____ Télécopieur: _____

Courriel: _____

Date de naissance: _____ Sexe: Masculin Féminin
JJ-MM-AAAA

N° médical: _____

Renseignements sur le médecin

Nom du médecin: _____ N° médical: _____

Autre médecin: _____ N° médical: _____

Clinique/Hôpital: _____

Rue _____ Suite: _____

Ville: _____ Province/État: _____

Pays: _____ Code Postal: _____

Tél: _____ Poste: _____ Télécopieur: _____

Courriel: _____

Renseignements sur le paiement

N° de carte de crédit: _____ Date d'expiration: _____
MM-AAAA

Nom sur la carte: _____

Signature du titulaire: _____
OU

N° de compte: _____

À usage interne uniquement

Payé Espèces Débit Crédit

Signature de l'approbateur: _____

Sélection du test

(Sélectionnez le test approprié et le type d'échantillon)

Test LungSign™

Expectoration - Induit (Acoustique)

Expectoration - Induit (Solution Saline)

Test OralAdvance™

Muqueuse orale

Autre - Précisez: _____

Cytologie quantitative ClearCyte™

Urine - Annulé

Lavages de vessie

Urine - par cathéter

Liquide pleural

Liquide péritonéal

Aspiration avec aiguille fine - Site: _____

Autre - Précisez: _____

Renseignements sur le prélèvement

Date de prélèvement: _____
JJ-MM-AAAA

Volume prélevé (ml): _____

(Sélectionnez une option)

Lame préparée

Base de liquide

À être utilisé par le laboratoire uniquement

Date de réception: _____
JJ-MM-AAAA

Signature du technicien: _____

Commentaires sur l'inspection: _____

Accepté

Rejeté

En attente