

La date d'aujourd'hui :		Conserver l'échantillon du patient-e à température ambiante <b>Ne pas réfrigérer</b>	
<b>RENSEIGNEMENTS DU PATIENT-E</b>			
Nom de famille du patient-e :		Prénom : Second :	
		Naissance : mm / jj / aaaa	
		Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Num. d'identification du patient-e :		Date du prélèvement sanguin mm / jj / aaaa	
		Heure hh / mm	
<b>RAISON DU TEST</b>			
<input type="checkbox"/> Insuffisance Médullaire	<input type="checkbox"/> Immunodéficience	<input type="checkbox"/> Hémopathie Maligne lymphoïde	<input type="checkbox"/> Hémopathie Maligne myéloïde
<input type="checkbox"/> Fibrose pulmonaire	<input type="checkbox"/> Autres maladies pulmonaires	<input type="checkbox"/> Autre, veuillez préciser :	
<b>RENSEIGNEMENTS SUR LA COMMANDE</b>			
Médecin :		Serv. :	
Hôpital :			
Adresse :			
Ville :		Prov. :	Code postal :
La personne figurant sur la liste des médecins prescripteurs est autorisée par la loi à prescrire le test.		Résultats à envoyer par :	
<b>Signature autorisée (requis) :</b>		<input type="checkbox"/> Téléc./fax : _____	
		<input type="checkbox"/> Courriel : _____	
<b>TEST DEMANDÉ</b>			
Repeat Diagnostics utilise la procédure Flow-FISH.		Le délai d'exécution est de 3 semaines. Pour un service d'urgence, nous contacter.	
<input type="checkbox"/> Mesures de la longueur des télomères avec le test ' 2-panel ' pour les populations totales de <b>lymphocytes</b> et de <b>granulocytes</b> uniquement.			
<input type="checkbox"/> Mesure de la longueur des télomères avec le test ' 6-panel ' pour les <b>lymphocytes</b> et <b>granulocytes</b> totaux ainsi que les <b>cellules B, T et NK</b> .			
<input type="checkbox"/> <b>Consultation médicale</b> 250,00 \$ pour une évaluation écrite par un hématopathologiste pour accompagner les résultats des tests. Veuillez communiquer les renseignements pertinents sur le patient-e, tels que les antécédents familiaux, les antécédents cliniques, le diagnostic professionnel actuel, les symptômes et les examens de laboratoire. Si l'espace alloué n'est pas suffisant, les renseignements complémentaires peuvent être inclus sur une feuille adjointe.			
<b>RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX SUR LE PATIENT-E</b>			
<b>OPTIONS DE FACTURATION</b> (Nous ne facturons pas les compagnies d'assurance maladie)			
<b>Facturation institutionnelle :</b>		Carte de crédit, <b>facturation des patients</b> (VISA MasterCard)	
Hôpital :		Nom sur la carte de crédit :	
Service :		Adresse :	
Personne ressource :		Ville :	
Adresse :		Prov. :	Code postal :
Ville :		Numéro de carte :	
Prov. :	Code postal :	Date d'exp. (MMAA) :	CVC :
Tél. :		Signature du titulaire de la carte :	
Courriel :		Débiter la carte de crédit ci-dessus un montant de _____ \$	

### AVANT LA COLLECTE DE SANG

L'échantillon **ne** doit être prélevé et expédié **que** le lundi, le mardi ou le mercredi.

#### Liste de vérification du formulaire de demande

- Le nom du patient-e est rempli et correspond à l'identification du tube de sang (premier identifiant)
- Le deuxième identifiant du patient-e (date de naissance, numéro d'identification unique) est rempli et correspond au tube de sang
- Les renseignements relatifs à la commande sont autorisés et signés par le médecin prescripteur
- Résultats : les renseignements de contact du service ou médecin récipiendaire des résultats est complété
- Le type d'analyse (2 ou 6 panel) et la consultation facultative sont sélectionnés en conséquence
- Les renseignements relatifs au paiement sont complétés

### COLLECTE DE SPÉCIMENS

- Étiquetez le tube à échantillon avec :
  - Nom et numéro d'identification du patient-e
  - Âge
  - Sexe
- Date et heure de la collecte
- Prélevez du sang dans un tube anticoagulant EDTA
- De 5 à 10 ml de sang sont nécessaires pour que les tests soient concluants
- Conservez l'échantillon du patient-e à **température ambiante** jusqu'à sa collecte par un service de messagerie
- Tous les envois de sang à Repeat Diagnostics doivent arriver dans les deux jours et en bon état



### EMBALLAGE ET EXPÉDITION DES SPÉCIMENS

#### MATÉRIEL D'EXPÉDITION

- Boîte d'expédition UN3373 mesurant environ 9 po X 4 po X 4 po, étiquetée Biological Substance Category B)
- Sac de spécimen ou sac en plastique refermable.
- Matériau absorbant tel que le papier essuie-tout.
- Ruban d'emballage.
- Étiquette d'adresse.
- FedEx Clinical Pak (fourni gratuitement par FedEx).
- Lettre de transport aérien Intra Canada.
- Pour plus de renseignements sur la manière d'expédier des échantillons cliniques, consultez le site de FedEx à l'adresse suivante: [http://www.fedex.com/ca\\_french/shippingguide/preparepackage/pdf/Clinical\\_CDN\\_FRN.pdf](http://www.fedex.com/ca_french/shippingguide/preparepackage/pdf/Clinical_CDN_FRN.pdf)



#### LIVRAISON

1. Placez le(s) tube(s) de prélèvement sanguin dans un sac en plastique refermable.
2. Placez le sac dans la boîte ou le contenant d'expédition. **LES BLOCS RÉFRIGÉRANTS NE SONT PAS NÉCESSAIRES.**
3. Placez suffisamment de matériau absorbant dans le contenant d'expédition de sorte que les tubes de sang soient immobilisés.
4. Scellez le conteneur d'expédition à l'aide de ruban adhésif.
5. Fixez l'étiquette d'adresse sur le dessus du contenant d'expédition.
6. Placez le contenant d'expédition et le formulaire de demande à l'intérieur du Clinical Pak de FedEx.
7. Remplissez le formulaire de Fedex Waybill aérien Intra Canada.
8. Expédiez le jour de la collecte par **FedEx Priority** ou **FedEx First Overnight** à :

Repeat Diagnostics Inc.  
Suite 309 - 267 West Esplanade  
North Vancouver, BC V7M 1A5  
Canada

9. Informez Repeat Diagnostics par courrier électronique à [test@repeatdx.com](mailto:test@repeatdx.com) de la date d'expédition et du numéro de suivi.