

4045, boul. Côte-Vertu
Saint-Laurent (Québec) H4R 2W7
Téléphone : (514) 832-5000
Télécopieur : (514) 904-8554

DATE :	
DESTINATAIRE :	
TÉLÉCOPIEUR :	
EXPÉDITEUR :	
TÉLÉCOPIEUR :	
NOMBRE DE PAGES INCLUANT CELLE-CI :	

1. FORMULAIRE

- Utiliser seulement une requête par patient et bien indiquer tous les renseignements.
- Accompagner la requête du Rapport d'analyses- Cellules souches périphériques autologues- afin d'indiquer les produits requis.
- Télécopier ce formulaire au (514) 832-0078

2. RÉSERVATION (au moins 72 heures ouvrables à l'avance)

3. IDENTIFICATION

Patient (en lettres moulées) :

_____	_____
Nom	Prénom
Date de naissance : _____	Sexe : M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Hôpital : _____	N° de dossier : _____
Médecin : _____	Diagnostic : _____
N° de dossier à Héma-Québec : _____	
Date de la première réinfusion : _____	Date de la deuxième réinfusion : _____
Sac(s) demandé(s) : cocher et dater le ou les sacs requis sur le Rapport d'analyses.	Sac(s) demandé(s) : cocher et dater le ou les sacs requis sur le Rapport d'analyses.
Nom requérant: _____ (en lettres moulées)	Téléphone : (____) _____ Télécopieur : (____) _____
Signature : _____	

Section réservée à Héma-Québec

CONFIRMATION DE LA RÉCEPTION DE LA TÉLÉCOPIE :

Fait par : _____ Date : _____