

4045, boul. Côte-Vertu  
Saint-Laurent (Québec) H4R 2W7  
Téléphone : 514-832-5000 #6115

Date :	
Destinataire :	Laboratoire de cellules souches
Télécopieur :	514-832-0078
Expéditeur :	
Télécopieur :	
Nombre de pages incluant celle-ci :	

### Section réservée au Centre hospitalier

- Télécopier ce formulaire **au minimum 72 heures ouvrables avant la date de réservation désirée.**
- Joindre le *Rapport d'analyses – Cellules souches hématopoïétiques autologues* afin d'indiquer les produits requis.

#### Identification du patient

Nom : \_\_\_\_\_ No de dossier : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_ Diagnostic : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ Hôpital : \_\_\_\_\_

Sexe :  F  M Médecin : \_\_\_\_\_

N° de dossier à Héma-Québec : \_\_\_\_\_

Date de la 1<sup>re</sup> réinfusion : \_\_\_\_\_ Date de la 2<sup>e</sup> réinfusion : \_\_\_\_\_

Cocher et dater le(s) produit(s) requis sur le *Rapport d'analyses – Cellules souches hématopoïétiques autologues*.

Nom requérant : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_

### Section réservée à Héma-Québec

Confirmation de la réception de la télécopie :

Fait par : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_