

FORMULAIRE D'AUTORISATION DE MODIFICATION

But du document: Ce formulaire doit être utilisé afin d'informer Lifelabs de changements apportés à la réquisition originale.

Instructions: Veuillez inscrire l'information corrigée ci-dessous. Le nom et la date de naissance (D.D.N) du patient sont requis. Une fois le formulaire reçu, les changements appropriés seront apportés et un nouveau rapport sera émis si nécessaire. **Veuillez inclure seulement les modifications requises.**

PATIENT: _____ **D.D.N (MMJJAAAA):** _____

NUMERO D'ACCESSION (si disponible): _____

CORRECTION À L'INFORMATION DÉMOGRAPHIQUE DU PATIENT (INSCRIRE L'INFORMATION CORRIGÉE)

- Prénom _____ Nom de famille _____
- D.D.N (MM/JJ/AAAA) : _____
- Date d'accouchement prévue _____
- Age gestationnel lors du prélèvement: _____ semaines + _____ jours, en date de prélèvement (MMJJAAAA) _____
- Poids: _____ lbs or kg (veuillez en encercler un)
- Date de prélèvement: _____
- Autre: (veuillez préciser) _____

CORRECTION CONCERNANT LA CLINIQUE:

- Nom du médecin: _____
- Veuillez faxer les résultats à la clinique suivante: _____
 Télécopieur de la clinique: _____ Téléphone de la clinique: _____
 Adresse de la clinique: _____
- Copie à – Nom du médecin: _____
- Veuillez envoyer une copie additionnelle des résultats à la clinique suivante: _____
 Télécopieur de la clinique: _____ Téléphone de la clinique: _____
 Adresse de la clinique: _____

CORRECTION CONCERNANT LA FACTURATION:

- L'analyse est couverte: le formulaire *MOHLTC Checklist (Ontario) ou Authorization Code (B.C.)* DOIT ETRE JOINT A CETTE FICHE
- Facturation au patient (paiement privé): le formulaire d'autorisation de paiement DOIT ETRE JOINT À CETTE FICHE

CHANGEMENT D'ANALYSE

- Annulez l'analyse – l'échantillon sera détruit immédiatement à l'obtention de la demande d'annulation
- INDIQUEZ le sexe sur le rapport
- MASQUEZ le sexe sur le rapport

J'autorise LifeLabs Genetics à procéder aux changements notés ci-haut.

Signature du professionnel de la santé _____ Date _____

Nom du professionnel de la santé (imprimé) _____

VEUILLEZ FAXER LE FORMULAIRE COMPLÉTÉ AU 647-943-2804