



National Reference Centre for Parasitology
Centre National de Référence en Parasitologie

Your reference / Votre référence

Parasitology Requisition / Demande d'analyse en parasitologie

Phone if STAT / Téléphonez si STAT

Patient / Patient(e)							
Surname / Nom à la naissance	First Name / Prénom						
.....							
Sex Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Date of birth Date de naissance						
	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; font-size: 8px;">Y/M/D</td> <td style="text-align: center; font-size: 8px;">A/M/J</td> <td></td> </tr> </table>				Y/M/D	A/M/J	
Y/M/D	A/M/J						

NRCP / CNRP #

Hospital / Établissement
Referring Doctor / Médecin demandant l'analyse
Name / Nom
Tel.: (.....) Fax: (.....)
E-mail:

Specimen / Nature de l'échantillon
<input type="checkbox"/> Serum / Sérum <input type="checkbox"/> EDTA Blood / Sang <input type="checkbox"/> Biopsy / Biopsie <input type="checkbox"/> CSF / LCR <input type="checkbox"/> Stool / Selles <input type="checkbox"/> Other / Autre

Time of Sampling/ Délais
Sample Obtained (Y/M/D) <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/> Date de prélèvement (A/M/J)
Date Sent to NRCP (Y/M/D) <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/> Date d'expédition au CNRP (A/M/J)
Is this a follow-up sample ? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Est-ce un échantillon de suivi ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

NRCP Laboratory / Laboratoire du CNRP
 Telephone & Fax (514) 934-8347

Research Institute of the MUHC
National Reference Centre for Parasitology

Institut de Recherche du CUSM
Centre National de Référence en Parasitologie

Attn: Dr. Momar Ndao
1001 Decarie Blvd, E03.5375
Montreal, Qc
H4A 3J1

Test(s) Requested / Analyse(s) demandée(s)	
Serology / Sérologie <input type="checkbox"/> African trypanosomiasis / Trypanosomiase africaine <input type="checkbox"/> American trypanosomiasis / Trypanosomiase américaine <input type="checkbox"/> Amoebiasis / Amibiase <input type="checkbox"/> Babesiasis / Babesiose <input type="checkbox"/> Baylisascariasis / Baylisascariase <input type="checkbox"/> Cysticercosis / Cysticercose <input type="checkbox"/> Echinococcosis / Echinococcose <input type="checkbox"/> Fascioliasis / Fasciolose <input type="checkbox"/> Filariasis / Filariose	<input type="checkbox"/> Gnathostomiasis / Gnathostomiase <input type="checkbox"/> Leishmaniasis / Leishmaniose <input type="checkbox"/> Malaria / Paludisme <input type="checkbox"/> Paragonimiasis / Paragonimiase <input type="checkbox"/> Schistosomiasis / Schistosomiase <input type="checkbox"/> Strongyloidiasis / Strongyloidiase <input type="checkbox"/> Toxocariasis / Toxocarose <input type="checkbox"/> Toxoplasmosis / Toxoplasmose <input type="checkbox"/> Trichinosis / Trichinose <input type="checkbox"/> Wuchereria bancrofti antigen(e)
PCR <input type="checkbox"/> African trypanosomiasis / Trypanosomiase africaine <input type="checkbox"/> American trypanosomiasis / Trypanosomiase américaine <input type="checkbox"/> Babesiasis / Babesiose <input type="checkbox"/> Cysticercosis / Cysticercose	<input type="checkbox"/> Echinococcosis / Echinococcose** <input type="checkbox"/> Entamoeba histolytica / dispar* <input type="checkbox"/> Leishmaniasis / Leishmaniose <input type="checkbox"/> Malaria / Paludisme <input type="checkbox"/> Toxoplasmosis / Toxoplasmose
*Stool / Selles **Biopsy/Biopsie	
Other Test(s) / Autres analyse(s)	
<input type="checkbox"/> Cryptosporidiosis / Cryptosporidiose* <input type="checkbox"/> Leishmania culture / Culture de Leishmania <input type="checkbox"/> Giardiasis / Giardiase* <input type="checkbox"/> Other / Autre	

Travel History, Comments / Historique de voyage, Commentaires

For consultations contact :
 J. D. MacLean Centre
 For Tropical Diseases of McGill University

Pour consultations, contactez :
 Centre des maladies tropicales
 J. D. MacLean de l'Université McGill

Telephone (514) 934-8049 Fax (514) 933-9385