5990 Côte-des-Neiges, Mtl (Qc), H3S 1Z5
Tél.: 514 344-8022 Téléc.: 514 344-8024
Courriel : service@laboratoirescdl.com
Lundi au vendredi de 8am à 8pm
Dimanche de 9am à 3pm

CDL ID#: _____

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT D'ANALYSES À DÉCLARATION OBLIGATOIRE
ANALYSIS CONSENT FORM AND OBLIGATORY DECLARATION

Analyse(s) demandée(s) / Requested test(s)*:

❒ VIH / HIV ❒ Hépatite B / Hepatitis B ❒ Hépatite C / Hepatitis C ❒ Syphilis

Patient(e) / Patient

Nom / Last Name* _____ Prénom / First Name* _____

RAMQ / Medicare _____ Téléphone / Phone* _____

Adresse / Address* _____
rue / street ville, province / city, province code postal / postal code

Médecin traitant / Referring physician

Médecin / Physician* _____ Clinique / Clinic _____
si applicable / if applicable

Adresse / Address* _____
rue / street ville, province / city, province code postal / postal code

Téléphone / Phone* _____

**** Champs obligatoire / Mandatory fields***

VIH, Hépatite B, Hépatite C, Syphilis: J'autorise l'infirmière, le médecin, le technologiste médical ou autre individu qualifié à effectuer le prélèvement de mon sang afin de procéder à l'analyse(s) demandée(s) ci-dessus. Je comprends que, selon la loi provinciale, un test de confirmation doit être effectué si les résulats initiaux ne sont pas négatifs. Par conséquent, je comprends qu'il pourrait y avoir un délai dans les résultats et que je devrai defrayer des coûts additionnels pour chaque test de confirmation. Si mes résultats sont confirmés positifs CDL est dans l'obligation de faire parvenir les résultats au Laboratoire de Santé Publique du Québec (LSPQ)

Je comprends et j'accepte que les renseignements donnés ci-haut et les résultats d'analyse seront divulgués uniquement au médecin dont le nom et l'adresse apparaissent ci-dessus. Ces informations seront conservées par les Laboratoires Médicaux C.D.L. Inc. ou un laboratoire désigné par les Laboratoires Médicaux C.D.L. Inc. selon les spécifications prévues par la loi.
Je comprends que sans mon consentement écrit ainsi que l'apposition de ma signature, le(s) test(s) mentionné(s) ci-dessus ne sera(ont) pas effectué(s).

HIV, Hepatitis B, Hepatitis C, Syphilis: I hereby authorize a nurse, doctor, medical technologist or other qualified individual to draw a blood sample in order to perform the requested test(s) mentioned above. I understand that CDL is required to have a confirmation test performed if my initial results are not negative. As a result, I understand that there may be a delay in the results and that I will be charged an additional fee for each confirmation test. If my results are confirmed positive then CDL is obligated to report the results to the Laboratoire de Santé Publique du Québec (LSPQ).

I understand and accept that the information mentioned above and the test results will be released solely to the physician whose name and address appears above. This information will be retained only by C.D.L. Medical Laboratories Inc. or a designated laboratory authorized by C.D.L. Medical Laboratories Inc. as required by law.
I understand that without my consent through my signature on this form the test(s) will not be performed.

_____ _____
Signature du Patient(e) / Signature of Patient Signature du Témoin / Signature of Witness

_____ _____
Date Date