



Analyses de laboratoire **L-Asparaginase**
 Analyses de laboratoire **L-Asparaginase**

***Report Result to ICL**
***Send Invoice to ICL**

3175, Côte Sainte-Catherine, Montréal, QC, H3T 1C5, 514-345-4642

Centre hospitalier : In-Common Laboratories	Identification du patient
Adresse : 57 Gervais Dr	Nom, Prénom
North York, ON M3C 1Z2	
Téléphone : 416-422-3000 x300 FAX : 416-385-1957	Sexe : F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
MD/requérant : _____ # Licence : _____	# Dossier / #Ass. maladie :
Prélèvement fait: Date: _____ Heure _____	Date de naissance :
Prélevé par: _____	ou
Cocher obligatoirement la nature de l'échantillon et les analyses requises	Plaquer carte
SANG : <input type="checkbox"/> VEINEUX <input type="checkbox"/> ARTÉRIEL	
<input type="checkbox"/> CAPILLAIRE <input type="checkbox"/> CORDON OMBILICAL	
<input type="checkbox"/> URINE <input type="checkbox"/> SELLES <input type="checkbox"/> AUTRE : _____	

Renseignement clinique: _____

Médicament: L-asparaginase (ASP)

Erwinia Chrysanthemi / Erwinase

Pegaspargase / Oncaspar

Erwinia Chrysanthemi (recombinant)-rym / Rylaze

Calaspargase pegol-mknl / Asparlas

Pré-dose Post-dose

Date et heure de la **dernière administration** : _____

Dose : _____ IV IM

(Ne pas oublier d'inscrire la date et l'heure de prélèvement dans la partie du haut de la requête)

NUMÉRO LABO



Laboratory analyses **L-Asparaginase**
Laboratory analyses **L-Asparaginase**

*** Report Result to ICL**
*** Send Invoice to ICL**

3175, Côte Sainte-Catherine, Montréal, QC, H3T 1C5, 514-345-4642

Requesting Institution/Unit : In-Common Laboratories Address : 57 Gervais Dr North York, ON M3C 1Z2 Phone number: 416-422-3000 x300 FAX: 416-385-1957	Patient Information Last Name, First Name Gender : F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
Requesting Physician : _____ Sampling Date : _____ Y/M/D Time: _____ Sampled By : _____ Specify blood sample type and the analyses required BLOOD : <input type="checkbox"/> VENIPUNCTURE <input type="checkbox"/> ARTERIAL <input type="checkbox"/> CAPILLARY <input type="checkbox"/> UMBILICAL CORD <input type="checkbox"/> URINE <input type="checkbox"/> Other : Specify _____	Health care Institution (specify) Medicare card # / Health facility file # DOB or Stamp the patient's Health Care Institution card

Clinical information: _____

Medication: L-asparaginase (ASP)

Erwinia Chrysanthemi / Erwinase

Pegaspargase / Oncaspar

Erwinia Chrysanthemi (recombinant)-rym / Rylaze

Calaspargase pegol-mknl / Asparlas

Predose Postdose

Date and time of **last administration** : _____

Dose : _____ IV IM

(Please do not forget to indicate date and sampling time at the top of the request)

LAB NUMBER