

**Prion Diseases Program Programme des
maladies à prions Requisition for
Laboratory Testing: (CSF) Requête
d'analyse : (LCR)**

Prion Diseases Program
National Microbiology Laboratory
1015 Arlington Street, Winnipeg, MB R3E 3R2
Telephone: (204) 789-6078 Fax: (204) 789-5009
Email: NML.CJD@phac-aspc.gc.ca

Programme des maladies à prions
Laboratoire national de microbiologie
1015 rue Arlington, Winnipeg, MB R3E 3R2
Téléphone: (204) 789-6078 Télécopieur: (204) 789-5009
Courriel: NML.CJD@phac-aspc.gc.ca

SENDER/EXPEDITEUR *

Name/Nom: _____

Address/Adresse: _____

City/Ville: _____ Prov.: _____

Postal Code/Code postal: _____

Telephone/Téléphone: _____

Fax/Télécopieur: _____

PATIENT INFORMATION/INFORMATION SUR LE PATIENT

Name-Code/Nom-Code: _____

Date of birth/Date de naissance: _____

Sex/Sexe: M F

City/Ville: _____ Prov.: _____

Other/Autres informations: _____

- **Note: Reports will be sent to this address unless otherwise indicated**
- **Nota : Les rapports seront envoyés à cette adresse, à moins d'avis contraire.**

SPECIMEN INFORMATION / INFORMATION SUR L'ÉCHANTILLON

Specimen ref. /# réf. de l'échantillon.: _____

Date taken/Date de prélèvement: _____

TESTING REQUIRED / ANALYSES REQUISES

- CSF Protein Immunoassay Panel (includes testing for 14-3-3, total tau and S100B proteins)

Note: 2-3 mL required. Indicate if sample was not immediately frozen. Indicate if sample is supernatant. Attach clinical history if available.

Note: 2-3 mL requis. Veuillez indiquer si l'échantillon n'a pas été congelé immédiatement. Veuillez indiquer si l'échantillon est surnageant. S'il vous plaît fournir l'histoire clinique, si disponible

REFERRING PHYSICIAN / MÉDECIN TRAITANT

Name/nom : _____

Address/Adresse: _____

City/Ville: _____ Prov.: _____

Postal Code/Code postal: _____

Telephone/Téléphone: _____

Fax/Télécopieur : _____

CJD Surveillance Coordination Office

Public Health Agency of Canada
200 Eglantine Driveway
AL: 1910B (Tunney's Pasture)
Ottawa, ON K1A 0K9
Tel: 888-489-2999 Fax: 613-954-5012

Bureau de coordination de la surveillance de la MCJ

Agence de la santé publique du Canada
200, promenade Églantine
I.A.: 1910B (pré Tunney)
Ottawa, ON K1A 0K9
Tél: 888-489-2999 Télécopieur: 613-954-5012

The Client and NML agree that this requisition acts as an agreement for the NML to provide testing, as described in the Guide to Services, for the above requested tests / Le client et le LNM sont d'accord pour que cette réquisition serve d'entente pour que le LNM fournisse les analyses, tel que décrit dans le Guide des services, pour les tests demandés ci-dessus