

**Requisition for Viral Sexually Transmitted Diseases
Demande relative aux maladies virales sexuellement transmissibles**

**Viral Sexually Transmitted Diseases
Viral Diseases Division
National Microbiology Laboratory
1015 Arlington Street
Winnipeg, MB R3E 3R2
Telephone: (204) 789- 6022
Fax: (204) 789-2140**

**Maladies virales sexuellement transmissibles
Division virale des maladies
Laboratoire national de microbiologie
1015 rue Arlington
Winnipeg (MB) R3E 3R2
téléphone: (204) 789-6022
télécopieur: (204) 789-2140**

SENDER/EXPEDITEUR INFORMATION

Name/Nom: _____
Address/Adresse: _____

City/Ville: _____ Prov: _____
Postal Code/Code postal: _____
Telephone/Téléphone: _____
Fax/Télécopieur : _____

PATIENT/PATIENTE INFORMATION (optional/optionnel)

Name/Nom-Code: _____
Date of birth/de naissance: _____
Sex/Sexe: M F
City/Ville: _____
Other/autre information _____

SPECIMEN INFORMATION:

Specimen Ref No _____ **Date taken/de prélèvement:** _____

Plasma Serum CSF Urine Tissue (specify) _____
Plasma Sérum LCS Urine Tissus (spécifier) _____

Other specimens (please describe): _____
Autre specimens (décrire S.V.P.): _____

Cervical specimens for HPV PCR/ Specimens du col de l' utérus (pour VPH PCR)

Cytobrush Lavage Liquid-based Other (specify) _____
Brosse endocervicale Lavage In milieu liquide Autre (spécifier) _____

Other/autre information: _____

TEST REQUESTED/REQUIS:

HPV typing/PVH typage HSV PCR JCV PCR BKV PCR

HSV type-specific serology Other (call ahead to confirm) _____
Typage sérologique pour HSV Autre (S.V.P. appeller pour confirmer)

NOTES: