



**Parasitology Requisition / Demande d'analyse en parasitologie**

**Phone if STAT / Téléphoner si STAT**

**Patient / Patient(e)**

Surname / Nom à la naissance ..... First Name / Prénom .....

Sex  M  F Date of birth .....  
 Sexe  M  F Date de naissance .....  
 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**

Serum / Sérum  EDTA Blood / Sang  Biopsy / Biopsie  
 CSF / LCR  Stool / Selles  
 Other / Autre .....

**Time of Sampling/ Délais**

Sample Obtained (Y/M/D) .....  
 Date de prélèvement (A/M/J) .....

Date Sent to NRCP (Y/M/D) .....  
 Date d'expédition au CNRP (A/M/J) .....

Is this a follow-up sample ?  Yes  No  
 Est-ce un échantillon de suivi ?  Oui  Non

**Test(s) Requested / Analyse(s) demandée(s)**

**Serology / Sérologie**

African trypanosomiasis / Trypanosomiase africaine  
 American trypanosomiasis / Trypanosomiase américaine  
 Amoebiasis / Amibiase  
 Babesiasis / Babesiose  
 Baylisascariasis / Baylisascariase  
 Cysticercosis / Cysticercose  
 Echinococcosis / Echinococcose  
 Fascioliasis / Fasciolose  
 Filariasis / Filariose

Gnathostomiasis / Gnathostomiase  
 Leishmaniasis / Leishmaniose  
 Malaria / Paludisme  
 Paragonimiasis / Paragonimiase  
 Schistosomiasis / Schistosomiase  
 Strongyloidiasis / Strongyloidiase  
 Toxocariasis / Toxocarose  
 Toxoplasmosis / Toxoplasmose  
 Trichinosis / Trichinose  
 Wuchereria bancrofti antigen(e)

**PCR**

African trypanosomiasis / Trypanosomiase africaine  
 American trypanosomiasis / Trypanosomiase américaine  
 Babesiasis / Babesiose  
 Cysticercosis / Cysticercose

Echinococcosis / Echinococcose\*\*  
 Entamoeba histolytica / dispar\*  
 Leishmaniasis / Leishmaniose  
 Malaria / Paludisme  
 Toxoplasmosis / Toxoplasmose

\*Stool / Selles \*\*Biopsy/Biopsie

**Other Test(s) / Autres analyse(s)**

Cryptosporidiosis / Cryptosporidiose\*  
 Giardiasis / Giardiase\*  
 Leishmania culture / Culture de Leishmania  
 Other / Autre .....

Travel History, Comments / Historique de voyage, Commentaires

.....

.....

.....

**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**

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