

FORMULAIRE DE DEMANDE D'AJOUT D'UNE NOUVELLE ANALYSE DE BIOLOGIE MÉDICALE  
ÉVALUATION DE LA VALIDITÉ ANALYTIQUE – PHASE II

Date de la demande : 

Année	Mois	Jour

**1. INFORMATIONS GÉNÉRALES**

**1.1. Numéro de l'avis de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS)**

(exemple : 2018.01.001P)

**1.2. Nom de l'analyse**

**1.3. Désignation complémentaire**  Oui  Non

Si oui, préciser le nom de l'analyse et le code au *Répertoire québécois et système de mesure des procédures de biologie médicale*

Ajouter en pièce jointe la documentation démontrant :

- la sensibilité analytique
- la spécificité analytique
- la fiabilité (précision, exactitude)
- la robustesse de l'analyse (c.-à-d. la résistance aux petits changements dans les variables analytiques)

**2. IDENTIFICATION DU REQUÉRANT ET DU PRODUCTEUR DU SERVICE**

Nom du médecin requérant et établissement : \_\_\_\_\_

Adresse courriel du médecin requérant : \_\_\_\_\_

Nom du chef de département requérant : \_\_\_\_\_

Discipline du département requérant : \_\_\_\_\_

Nom du professionnel responsable de l'analyse  
(niveau technique) : \_\_\_\_\_

**APPROBATION DES CODIRECTEURS DE LA GRAPPE**

\_\_\_\_\_  
Nom du directeur clinico-administratif

\_\_\_\_\_  
*signature obligatoire*

\_\_\_\_\_  
Nom du directeur médical

\_\_\_\_\_  
*signature obligatoire*

**VEUILLEZ PRENDRE NOTE QUE TOUTE DEMANDE INCOMPLÈTE SERA RETOURNÉE AU DEMANDEUR.**

SVP, transmettre le formulaire par courriel à la Direction de la biovigilance et de la biologie médicale à l'adresse suivante :  
[biomed@msss.gouv.qc.ca](mailto:biomed@msss.gouv.qc.ca).

Si vous avez des questions, n'hésitez pas à communiquer avec le conseiller en biologie médicale au 418 266-8888 ou par courriel à l'adresse suivante : [biomed@msss.gouv.qc.ca](mailto:biomed@msss.gouv.qc.ca).

Imprimer

Enregistrer