

REQUÊTE D'ANALYSES EXTERNE DE BIOLOGIE MÉDICALE

Date de la demande : _____ URGENT
aaaa/mm/jj Routine

Fréquence, échéancier ou validité des analyses : _____

PRESCRIPTEUR
Écrire lisiblement en lettres mouillées

Nom, prénom : _____ N° permis : _____
Clinique et adresse de retour des résultats : _____
Téléphone : _____ Télécopieur : _____
SIGNATURE : _____
COPIE CONFORME
Nom, prénom : _____ N° permis : _____
Clinique/adresse : _____

USAGER

Adressographier, coller une étiquette ou inscrire les informations :
Nom, prénom : _____
N° RAMQ ou N° dossier : _____
Date de naissance : _____ Sexe : F H
(aaaa/mm/jj)
Adresse et téléphone : _____

PRÉLEVEUR

Provenance : _____
N° entente de service : _____
Date prélèvement : _____ (aaaa/mm/jj) _____ h _____
Nom, prénom : _____

Renseignements cliniques / Autres informations
(Ex.: grossesse, anticoagulant, antibiotiques)

BIOCHIMIE



GÉNÉRAL

Albumine ALT Bilan lipidique * Bilirubine totale ** Calcium total


Cortisol AM PM Cortisol post-dexaméthasone Créatinine (DFG inclus) Créatinine kinase (CK) Électrolytes (Na-K-Cl) Ferritine

Magnésium Phosphatase alcaline Phosphore Protéine C réactive (CRP) Protéines totales TSH et algorithme T4L et T3L

GLUCOSE

Glucose à jeun 
 Glucose aléatoire Hémoglobine glyquée Hyperglycémie adulte 75g 

GROSSESSE

Test de grossesse (bhCG) (sang) Hyperglycémie grossesse 50 g Hyperglycémie grossesse 75 g 

MÉDICAMENT Sauf avis contraire du médecin, le prélèvement doit s'effectuer juste avant la prise de la dose OU au minimum 12 h suivant la dernière dose

(aaaa/mm/jj) (heure)

Acide valproïque : _____
 Carbamazépine : _____
 Digoxine : _____
 Lithium : _____
 Phénytoïne : _____

MICITIONS ET SELLES

Analyse urine (microscopie selon les critères) Ratio albumine/créatinine Ratio protéine/créatinine RSOSI

URINE 24 HEURES

Analyse(s) demandée(s) : _____
 Clairance de créatinine **Effectuer sans faute un prélèvement sanguin pour la clairance de créatinine**
Taille (cm) _____ Poids (kg) _____

SÉROLOGIE

IMMUNITÉ (IgG)

CMV (Anti-CMV) Hélicobacter pylori Hépatite A (Anti-HAV) Hépatite B (Anti-Hbs)

Herpès simplex Parvovirus Rubéole Toxoplasmose Varicelle

DÉPISTAGE

Hépatite A (VHA) IgM Hépatite B (HBsAg) Hépatite B (Anti-HBc) Hépatite C (Anti-VHC)

Maladie de Lyme Monotest Syphilis dépistage / suivi Usager connu : N O VIH

HÉMATOLOGIE

BANQUE DE SANG
pour les suivis de grossesse seulement

GÉNÉRAL

FSC Réticulocyte

COAGULATION

RIN (PT) TCA (PTT)

Pour les autres, prière d'utiliser le formulaire de la banque de sang

Groupe sanguin (ABO/RH) et recherche d'anticorps

MICROBIOLOGIE

SYSTÈME RESPIRATOIRE

Culture gorge Culture expectoration TAAN *Bordetella pertussis* (coqueluche)

SYSTÈME GÉNITAL

Strep. groupe B (grossesse), site _____
Allergie pénicilline : N O Frottis vaginal (vaginose et *Candida*) *Trichomonas vaginalis* TAAN Chlamydia/Gono, site _____ Culture Gono, site _____

CULTURES GÉNÉRALES

Urine mi-jet autre _____
 Liquide biologique, site _____
 Plaie superficielle, site _____
 Selles, nb _____

AUTRE MICRO *C. Difficile* dépistage

MYCOLOGIE

Mycose superficielle / dermatophyte, Levures, site _____


MYCOBACTÉRIE nb _____

BK Expecto. Autre site _____

PARASITOLOGIE

Parasites nb _____ Échantillon _____
 Recherche d'*oxyure* (scotch tape)

VIROLOGIE Charge virale VHC Charge virale VIH TAAN Herpès, site _____ TAAN VZV, site _____

LÉGENDE  Jeûne de 8 h * Cholestérol total, HDL, LDL, Triglycérides **Et réflexe Bilirubine directe

AUTRES – ÉCRIRE LISIBLEMENT EN LETTRES MOUILLÉES

<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____

COORDONNÉES DES CENTRES DE PRÉLÈVEMENTS

Pour plus d'information au sujet des prélèvements ou encore prendre rendez-vous, visitez le www.santemeprelevements.com

Il est aussi possible d'obtenir un rendez-vous par téléphone au :
450-746-6255
du lundi au vendredi, de 8 h à 16 h.

LORSQUE VOUS VOUS PRÉSENTEZ AU CENTRE DE PRÉLÈVEMENTS, AYEZ EN MAIN

- ✓ Votre carte d'assurance maladie.
- ✓ Votre requête d'analyses (cette feuille) : Si vous avez reçu votre requête d'analyses de façon électronique, prière de l'imprimer et d'apporter une copie papier au centre de prélèvements (si cela est possible pour vous).

PRÉPARATION POUR TOUTES LES ANALYSES DE LABORATOIRE

- ✓ L'eau est permise pour toutes les analyses (sans excès).
- ✓ Selon l'analyse, il est important de respecter la légende.

RÉPERTOIRE DES ANALYSES DES LABORATOIRES

Pour plus d'informations sur le type et le nombre du tube à utiliser, visiter le répertoire des analyses de votre laboratoire au <http://extranet.santemonteregie.qc.ca/labo.fr.html>