

Demande d'analyses de laboratoire Clientèle externe

RENSEIGNEMENTS OBLIGATOIRES			
Prescripteur Nom, prénom : _____ No de permis : _____ Nom de la clinique : _____ Adresse de retour : _____ No téléphone : _____ Signature : _____ Date : ____/____/____ Renseignements cliniques : _____		Nom : _____ Prénom : _____ NAM : _____ No dossier CHUM ou : _____ DDN et sexe : ____/____/____ M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	
		PRÉLÈVEMENT	
		Date : ____/____/____ Heure : _____	
		Prélevé par : _____	
BIOCHIMIE (sang)	BIOCHIMIE (sang)	BIOLOGIE MOLÉCULAIRE	SÉROLOGIE
Tube BARRICOR ** Un seul tube rempli complètement pour toutes les analyses ci-dessous <input type="checkbox"/> Acide valproïque (VALP) <input type="checkbox"/> Albumine (ALB) <input type="checkbox"/> ALT (ALT) <input type="checkbox"/> Antigène prostatique (PSA) <input type="checkbox"/> β-hCG quantitatif (BHCG) <input type="checkbox"/> Bilirubine totale (BILT) <i>Bilirubine directe en réfexe par algorithme</i> <input type="checkbox"/> Calcium total (CA) <input type="checkbox"/> Carbamazépine (CARB) <input type="checkbox"/> Cholestérol total, HDL, LDL, Trig À jeun (12 h) <input type="checkbox"/> Non à jeun <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> CO2 (CO2) <input type="checkbox"/> Cortisol (CORT) AM <input type="checkbox"/> (avant 9h00) PM <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Créatine kinase (CK) <input type="checkbox"/> Créatinine (CREA) <input type="checkbox"/> CRP <input type="checkbox"/> Digoxine (DIG) <input type="checkbox"/> Fer, Transferrine, % Sat. (FTS) <input type="checkbox"/> Ferritine (FERRI) <input type="checkbox"/> FSH (FSH) <input type="checkbox"/> Glucose (GLU) À jeun (8 h) <input type="checkbox"/> Non à jeun <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> LH (LH) <input type="checkbox"/> Oestradiol (OEST) <input type="checkbox"/> Phénytoïne (PHE) <input type="checkbox"/> Phosphatase alcaline (ALP) <input type="checkbox"/> Potassium (K) <input type="checkbox"/> Progesterone (PROG) <input type="checkbox"/> Protéines totales (PROT) <input type="checkbox"/> Sodium (NA) <input type="checkbox"/> Testostérone totale (TEST) <input type="checkbox"/> TSH (TSH) <i>T4/T3 libres en réfexe selon algorithme</i> <input type="checkbox"/> Vitamine B12 (B12)	Tube or-gel <input type="checkbox"/> Électro. protéines (EPROT) <input type="checkbox"/> Lithium (LI) Tube lavande <input type="checkbox"/> Hémoglobine A1c (HBG) BIOCHIMIE (épreuves fonct.) Tubes gris <input type="checkbox"/> Hyperglycémie provoquée (post 75 g) (HGPO75) <input type="checkbox"/> Hyperglycémie grossesse (post 75 g) (HGPO75G) BIOCHIMIE (selles) <input type="checkbox"/> Recherche de sang occulte (RSOSi) BIOCHIMIE (urine - miction) Tube conique <input type="checkbox"/> Analyse d'urine (AU) <input type="checkbox"/> Microalbuminurie (MALBM) <input type="checkbox"/> Test de grossesse (TGRX) BIOCHIMIE (urine - collecte) <input type="checkbox"/> Clairance de la créatinine (CCRE) <i>Joindre un tube 4,5 mL Barricor</i> <input type="checkbox"/> Cortisol (CORT24) <i>Additif requis pour cette analyse</i> <input type="checkbox"/> Électrolytes (NA24-K24-CL24) <input type="checkbox"/> Microalbuminurie (MALB24) <input type="checkbox"/> Protéines totales (PROT24) HÉMATOLOGIE Tube lavande <input type="checkbox"/> FSC (FSC) <input type="checkbox"/> Frottis sanguin* (FROTTIS) <i>Renseignements cliniques obligatoires</i> <input type="checkbox"/> Reticulocytes (RETIC) Tube lavande <input type="checkbox"/> Bilan d'immunodéficience (BI) 2 tubes lavande <input type="checkbox"/> Étude de l'hémoglobine (EHB) Tube bleu <input type="checkbox"/> Temps de prothrombine INR (TP) <i>Prise d'anticoagulant : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</i> <i>Lequel : _____</i>	Charge virale CMV Tube lavande <input type="checkbox"/> Charge virale CMV (CMVPCR) Charge virale VIH 2 tubes lavande <input type="checkbox"/> Charge virale VIH (CVVIH) Charge virale Hépatite B Tube lavande <input type="checkbox"/> VHB-ADN (HBVDNA) Hépatite C Tube or-gel <input type="checkbox"/> VHC-ARN (HCVARN) (qualitatif) 2 tubes or-gel <input type="checkbox"/> Charge virale VHC (quant.) * (CVHCV) <input type="checkbox"/> Prétraitement <input type="checkbox"/> ____ semaines traitement <i>* Contexte clinique obligatoire pour la charge virale du VHC</i> Tube or-gel <input type="checkbox"/> Génotype (HCVG) Chlamydia/Gonorrhée (PCR) Milieu de transport Cobas PCR <input type="checkbox"/> Urine (CTNGU) Écouvillon <input type="checkbox"/> Anus (CTNGXG) <input type="checkbox"/> Gorge (CTNGXG) <input type="checkbox"/> Col (CTNGC) <input type="checkbox"/> Vagin (CTNGC)	Un tube or-gel pour toutes les sérologies d'hépatite Hépatite A <input type="checkbox"/> Ac Anti-HAV total (HAV) <input type="checkbox"/> Ac Anti-HAV IgM (HAVM) Hépatite B <input type="checkbox"/> Ac Anti-HBc (ANTIHBc) <input type="checkbox"/> Ac Anti-HBc-IgM (ANTIHBcM) <input type="checkbox"/> HBeAg (HBEAG) <input type="checkbox"/> Ac Anti-HBe (ANTIHBcE) <input type="checkbox"/> HBsAg (HBSAG) <input type="checkbox"/> Ac. Anti-HBs (ANTIHBs) Hépatite C <input type="checkbox"/> Ac Anti-VHC (HCV) Autres sérologies Tube or-gel <input type="checkbox"/> Epstein-Barr Ac anti-EBV (EBV) <input type="checkbox"/> Herpès Ac anti-HSV IgG (HSVg) <input type="checkbox"/> Varicelle Ac anti-VZV (VZG) Tube or-gel <input type="checkbox"/> CMV Ac anti-CMV IgG (CMVG) <input type="checkbox"/> CMV Ac anti-CMV IgM (CMVM) <input type="checkbox"/> Rubéole Ac antirubéole IgG (RUB) <input type="checkbox"/> Toxo Ac antitoxoplasmose IgG (TOXO) Tube or-gel <input type="checkbox"/> Syphilis : dépistage (SYPHD) Tube or-gel <input type="checkbox"/> Monotest (MONOT) Tube or-gel <input type="checkbox"/> Ac Anti-VIH/Ag p24 (VIH)
Autres analyses - SVP fournir un échantillon conforme			
**** Utiliser la requête no 27413 pour les analyses de microbiologie.****			
_____ _____ _____ _____ _____			