

**LABORATOIRE - REQUÊTE INTERNE - CISSS des Laurentides - Hôpital de Saint-Jérôme**

<b>Centre intégré de santé et de services sociaux de Laval</b> 	<b>Clinique ou service</b> _____ <small>nom de la clinique ou du service</small>	<b>Date de la prescription</b> _____ <small>Date à laquelle cette prescription a été effectuée</small>
<b>Médecin:</b> MÉDECIN: _____ <small>Nom et prénom complet en lettre moulée</small>		<b>Important: Tout formulaire non rempli conformément sera refusé.</b> <b>Les étiquettes imprimées indiquent les tubes à prélever (nombre et type)</b>  <input type="checkbox"/> Ordonnance verbale, une copie sera consignée au dossier médical. <input type="checkbox"/> Ordonnance Individuelle Standardisée <input type="checkbox"/> Ordonnance collective Signature de l'infirmière, _____ # pratique _____
<b>Médecin:</b> MÉDECIN: _____ # pratique _____ Signature _____		
<b>Préleveur:</b> Prélevé par: _____ Date: _____ Heure: _____		

HÉMATOLOGIE	BIOCHIMIE	BIOCHIMIE	BIOCHIMIE
<input type="checkbox"/> FORMULE SANGUINE COMPLÈTE # 2 FSC	<input type="checkbox"/> Na.K.Cl # 1 ou # 3 ELEC	<input type="checkbox"/> FACTEUR RHUMATOÏDE # 1 ou # 3 RA	<input type="checkbox"/> GAZ VEINEUX g $\pm$ # 3 GAZVE
<input type="checkbox"/> FORMULE SANGUINE (sans différentielle) # 2 FSC	<input type="checkbox"/> GLUCOSE À JEÛN ● # 1 ou # 3 GLUJ	<input type="checkbox"/> CRP # 1 CRP	<input type="checkbox"/> CO2 TOTAL #2 HCO3
<input type="checkbox"/> RÉTICULOCYTES # 2 RETIC	<input type="checkbox"/> CRÉATININE (filt. glom. estimée) # 1 ou # 3 CREA	<input type="checkbox"/> ANTISTREPTOLYSINE O # 1 ASO	<input type="checkbox"/> CARBOXYHÉMOGLOBINE # 2 ou # 3 GAOXA
<input type="checkbox"/> ANA # 1 ANA	<input type="checkbox"/> CHOLESTÉROL $\square$ $\ominus$ # 1 ou # 3 CHOLE	<input type="checkbox"/> C3C4 # 1 C34SP	<input type="checkbox"/> CALCIUM IONISÉ MESURÉ # 3 CAISV
<input type="checkbox"/> ANTI DNA # 1 DNA	<input type="checkbox"/> TRIGLYCÉRIDES $\square$ $\ominus$ # 1 ou # 3 TRIGS	<input type="checkbox"/> HAPTOGLOBINE # 1 HAPTG	<input type="checkbox"/> ACIDE LACTIQUE $\blacklozenge$ g # 8 LACT
<input type="checkbox"/> ANTI TISSU # 1 CEPAR	<input type="checkbox"/> HDL / LDL $\square$ $\ominus$ # 1 ou # 3 PRLIP	<input type="checkbox"/> APOLIPOPROTÉINE B # 1 APOB	<input type="checkbox"/> OSMOLALITÉ SÉRIQUE # 1 ou # 3 OSMOL
<input type="checkbox"/> ENA # 1 ENA	<input type="checkbox"/> ALT (GPT) # 1 ou # 3 ALT	<input type="checkbox"/> THYROGLOBULINE (TGB) # 1 ou # 3 THYRO	<input type="checkbox"/> AMMONIAQUE $\blacklozenge$ g #12 ou # 2 AMMO
<input type="checkbox"/> CD4, CD8 $\square$ # 2 MLYT	<input type="checkbox"/> CK # 1 ou # 3 CK	<b>MÉDICAMENTS</b>	
<input type="checkbox"/> ANTI-TRANSGLUTAMINASE # 1 AATGL	<input type="checkbox"/> TROPONINE I # 3 ou # 1 ITROP	PRISE : DATE : _____ HRE : _____ Ne pas prendre le médicament avant le prélèvement	
<input type="checkbox"/> HLA-B27 $\square$ # 1 AATGL	<input type="checkbox"/> ALP # 1 ou # 3 ALP	<input type="checkbox"/> ACIDE VALPROÏQUE # 1 ou # 3 VALPT	<input type="checkbox"/> TSH # 1 ou # 3 TSH
<b>HÉMOSTASE</b>		<input type="checkbox"/> ALP # 1 ou # 3 ALP	<input type="checkbox"/> Ac ANTITHYROÏDIENS # 1 ou # 3 TPO et THGAC
<input type="checkbox"/> Coagulogramme de dépistage (PTPTT) #4 DCOAG	<input type="checkbox"/> GGT (GAMMA GT) # 1 ou # 2 GGT	<input type="checkbox"/> CARBAMAZÉPINE # 1 ou # 3 CARBA	<input type="checkbox"/> PSA (ANTIGÈNE SPÉCIFIQUE PROSTATE) # 1 APS
<input type="checkbox"/> Coagulogramme (PT-PTT-THROMBINE-FIBRI) #2 + #4 CCOAG	<input type="checkbox"/> LIPASE # 1 ou # 3 LIP	<input type="checkbox"/> DIGOXINE # 1 ou # 3 DIGXN	<input type="checkbox"/> $\alpha$ - FÉTOPROTÉINE # 1 AFP
<input type="checkbox"/> TEMPS DE SAIGNEMENT #4 FPICA	<input type="checkbox"/> BILIRUBINE TOTALE # 1 ou # 3 BILIT	<input type="checkbox"/> LITHIUM # 1 LITH	<input type="checkbox"/> $\beta$ 2-MICROGLOBULINE # 1 B2MIC
<input type="checkbox"/> PT-RIN (SUIVI COUMADIN) #4 PTRIN	<input type="checkbox"/> PROTÉINES TOTALES # 1 ou # 3 PROT	<input type="checkbox"/> PHÉNOBARBITAL # 1 ou # 3 PHENB	<input type="checkbox"/> $\beta$ -HCG QUANTITATIF POUR CANCER # 1 ou # 3 HCGCA
<input type="checkbox"/> PTT (SUIVI HÉPARINE) #4 PTT	<input type="checkbox"/> ALBUMINE # 1 ou # 3 ALB	<input type="checkbox"/> PHÉNYTOÏNE (DILANTIN) # 1 ou # 3 PHEN	<input type="checkbox"/> FSH # 1 ou # 3 FSC
<input type="checkbox"/> FIBRINOGENÈ # 4 FIBRI	<input type="checkbox"/> CALCIUM # 1 ou # 3 CA	<input type="checkbox"/> THÉOPHYLLINE # 1 ou # 3 THEOP	<input type="checkbox"/> LH # 1 LH
<input type="checkbox"/> THROMBINE # 4 TT	<input type="checkbox"/> PHOSPHORE # 1 PHOS	<input type="checkbox"/> ACÉTAMINOPHÈNE # 1 ou # 3 ACETA	<input type="checkbox"/> PROGESTÉRONNE # 1 PROG
<input type="checkbox"/> D-DIMÈRES # 4 DD	<input type="checkbox"/> MAGNÉSIUM # 1 ou # 3 MG	<input type="checkbox"/> SALICYLATES # 1 ou # 3 SALIC	<input type="checkbox"/> PROLACTINE (8-11 h) g ● # 1 ou # 3 PROL
<input type="checkbox"/> TYPE ANTICOAGULANT OBLIGATOIRE : _____	<input type="checkbox"/> ACIDE URIQUE # 1 ou # 3 ACURI	<b>MICTION URINAIRE</b>	
PRISE : DATE : _____ HEURE : _____	<input type="checkbox"/> CTFF (TIBC, FER, % TRANSFERRINE) # 1 FERRI	<input type="checkbox"/> ANALYSE D'URINE # 9 ANURI	<input type="checkbox"/> ESTRADIOL # 1 ou # 3 ESTD
<b>DROGUES</b>		<input type="checkbox"/> PROTÉINES # 9 PROCR	<input type="checkbox"/> CORTISOL AM (8 - 10 h) # 1 ou # 3 C008
<input type="checkbox"/> DROGUES DE RUE (GÉNÉRAL) # 9 DRODE	<input type="checkbox"/> HÉMOGLOBINE GLYQUÉE # 2 HBA1C	<input type="checkbox"/> MICROALBUMINURIE (RATIO ALB/CRÉAT) # 9 MALU	<input type="checkbox"/> CORTISOL PM (16 - 20 h) # 1 C016
<input type="checkbox"/> ÉTHANOL # 1, #2 ou # 3 ETHU	<input type="checkbox"/> TEST DE GROSSESSE sérum # 1 ou # 3 HCGB	<input type="checkbox"/> Na.K.Cl # 9 0ELU	<input type="checkbox"/> SHBG (SEX HORMON BINDING GLOBULIN) # 1 ou # 3 SHBG
<b>Autres tests</b>		<input type="checkbox"/> CALCIUM # 9 CAUR	<input type="checkbox"/> TESTOSTÉRONNE TOTALE # 1 ou # 3 TESTO
	<input type="checkbox"/> IMMUNOGLOBULINES IgG, IgA, IgM # 1 ou # 3 0IMMU	<input type="checkbox"/> OSMOLALITÉ URINAIRE # 9 OSMU	<input type="checkbox"/> ÉLECTROPHORÈSE DES PROTÉINES SÉRIQUES # 1 ELEP
<b>Tests avec justifications (utilisation restreinte), renseignement clinique obligatoire</b>			
<input type="checkbox"/> FOLAT Acide folique <input type="checkbox"/> Anémie <input type="checkbox"/> Malabsorption <input type="checkbox"/> Malnutrition <input type="checkbox"/> Troubles neuro/polyneuropathie <input type="checkbox"/> Chirurgie bariatrique <input type="checkbox"/> Trait. agent médicamenteux <input type="checkbox"/> Projet de recherche approuvés			
<input type="checkbox"/> 25VID Vit. D.25-OH <input type="checkbox"/> Ostéoporose <input type="checkbox"/> Rachitisme <input type="checkbox"/> Ostéopénie <input type="checkbox"/> Supplémentation >2000/j <input type="checkbox"/> Hypercalcémie <input type="checkbox"/> Malabsorption <input type="checkbox"/> Chirurgie bariatrique <input type="checkbox"/> Hypocalcémie <input type="checkbox"/> Autorisation BCM			
<input type="checkbox"/> SEDI Vitesse de sédimentation <input type="checkbox"/> Artérite Temporale <input type="checkbox"/> Arthrite inflammatoire <input type="checkbox"/> Hodgkin <input type="checkbox"/> Ostéomyélite chronique <input type="checkbox"/> Polymyalgia rheumatica			
<b>Biochimie</b>			
<input type="checkbox"/> URÉE # 1 ou # 3 UREE	<input type="checkbox"/> AST <input type="checkbox"/> Atteinte hépatique _____ <input type="checkbox"/> Fibrose hépatique (FIB-4) <input type="checkbox"/> Pré-éclampsie <input type="checkbox"/> Cirrhose <input type="checkbox"/> Ratio AST/ALT <input type="checkbox"/> Autorisation BCM		
<input type="checkbox"/> T4 LIBRE # 1 T4L	<input type="checkbox"/> B12 Vit. B12 <input type="checkbox"/> Anémie Macrocytaire ou pancytopenie <input type="checkbox"/> Trouble neurologiques <input type="checkbox"/> Macrocytose <input type="checkbox"/> Personnes âgées avec M-A-I et sous TTT <input type="checkbox"/> Troubles cognitifs <input type="checkbox"/> Troubles Psychiatriques <input type="checkbox"/>		

**LABORATOIRE - REQUÊTE INTERNE - CISSS des Laurentides - Hôpital de Saint-Jérôme**

<b>Centre intégré de santé et de services sociaux de Laval</b>  <small>IDENTIFICATION OBLIGATOIRE</small>	<b>Clinique ou service</b> _____ <small>nom de la clinique ou du service</small>	<b>Date de la prescription</b> _____ <small>Date à laquelle cette prescription a été effectuée</small>
<b>Médecin:</b> MÉDECIN: _____ <small>Nom et prénom en lettre moulée</small> MÉDECIN: _____ # pratique _____ <small>Signature</small>		Important: Tout formulaire non rempli conformément sera refusé. Les étiquettes imprimées indiquent les tubes à prélever (nombre et type)  <input type="checkbox"/> Ordonnance verbale, une copie sera consignée au dossier médical. <input type="checkbox"/> Ordonnance Individuelle Standardisée <input type="checkbox"/> Ordonnance collective Signature de l'infirmière, _____ # pratique _____
<b>Préleveur:</b> Prélevé par: _____ Date: _____ Heure: _____		

<b>COLLECTE URINAIRE MINUTÉE</b>	<b>SÉROLOGIE ET IMMUNOLOGIE</b>	<b>ANTIBIOTIQUES</b>	<b>FAIT À L'EXTÉRIEUR</b>
----------------------------------	---------------------------------	----------------------	---------------------------

<input type="checkbox"/> CLAIRANCE DE CRÉATININE # 10 CLCRA <small>(Créatinine sérique obligatoire) # 1</small> MASSE: _____ kg; TAILLE: _____ cm <input type="checkbox"/> Na.K.Cl # 10 OELUC <input type="checkbox"/> PROTÉINES URINAIRES 24 H # 10 PRTUC <input type="checkbox"/> PROT. URINAIRES DIURNES # 10 ORTJO <input type="checkbox"/> PROT. URINAIRES NOCTURNES # 10 ORTNU <input type="checkbox"/> MICROALBUMINURIE 24 H (µG/min) # 10 MAPUC <input type="checkbox"/> MICROALB. NOCTURNE 12 H (µG/min) # 10 ORTNU <input type="checkbox"/> URÉE # 10 UREUC <input type="checkbox"/> CALCIUM # 11 # 10 CAURC <input type="checkbox"/> MAGNÉSIIUM # 11 # 10 MAG24 <input type="checkbox"/> PHOSPHORE # 11 # 10 PHS24 <input type="checkbox"/> ACIDE URIQUE # # 10 URUC <input type="checkbox"/> CRÉATININE # 10 CREUC <input type="checkbox"/> CORTISOL # 10 XCU24 <input type="checkbox"/> CATÉCHOLAMINES # 11 CAMUC <input type="checkbox"/> 5HIAA # 11 HYUC <input type="checkbox"/> OSMOLALITÉ 24 HEURES # 10 OSMUC <b>MICROBIOLOGIE</b> <input type="checkbox"/> CULTURE URINE #13 CURI <input type="checkbox"/> CULTURE GORGE #14 GORGE <input type="checkbox"/> CULTURE SELLES ROUTINE # 1 #17 SELLE <input type="checkbox"/> CULTURE SELLES ROUTINE # 2 #17 SELLE <input type="checkbox"/> CLOSTRIDIUM DIFFICILE #16 CLOSD <input type="checkbox"/> OXYURES #18 OXYX <input type="checkbox"/> PARASITES Remplir la requête : GX-1662 <input type="checkbox"/> autre: _____ GX-1606 (révision janvier 2025) GRM 14000026	<input type="checkbox"/> Ac HÉTÉROPHILES (MONONUCLÉOSE) # 1 MONO <input type="checkbox"/> VDRL Syphilis Inclut RPR si réactif # 1 SYP <input type="checkbox"/> HBsAg (maladie hépatite B) # 1 HBSAG <input type="checkbox"/> ANTI-HBs (immunité hépatite B) # 1 HBSAC <input type="checkbox"/> ANTI-HBc (post infection) # 1 ACHC <input type="checkbox"/> ANTI-HAV IgM (maladie) # 1 VHAM <input type="checkbox"/> ANTI-HAV IgG (immunité hépatite A) # 1 VHAG <input type="checkbox"/> ANTI-HCV (maladie hépatite C) # 1 AVHCT <input type="checkbox"/> ANTI-HIV AG/AC (maladie) # 1 VIH <input type="checkbox"/> HÉPATITE C (ARN/RT Qualitatif PCR) # 1 HCARN <input type="checkbox"/> RUBÉOLE IgG (anti-rubéole) # 1 RUA <input type="checkbox"/> PARVOVIRUS IgG (Sième maladie) # 1 PARVG <input type="checkbox"/> PARVOVIRUS IgM (Sième maladie) # 1 PARVM <input type="checkbox"/> TOXOPLASMOSE IgM # 1 TOXMJ <input type="checkbox"/> TOXOPLASMOSE IgG #1 TOXGJ <input type="checkbox"/> VARICELLE ANTICORPS TOTAUX #1 VZVG <input type="checkbox"/> CHARGE VIRALE HCV 2X #1 HCARN <input type="checkbox"/> CHARGE VIRALE HIV 2X #2 CVVIH <input type="checkbox"/> DEPISTAGE SAMR site _____ #14 SARM <input type="checkbox"/> DEPISTAGE ERV site _____ #14 CERV <input type="checkbox"/> Rech ADN Staph Auréus R PCR #14 SARMT <input type="checkbox"/> Rech du Gène VANA PCR #14 ERVT <input type="checkbox"/> Rech de sang dans les selles #19 RSOSI TESTS POUR FINS DE : <input type="checkbox"/> IMMUNITÉ <input type="checkbox"/> DIAGNOSTIC Incrire diagnostic: _____ <b>Liquide céphalo-rachidien (LCR)</b> <input type="checkbox"/> PROTÉINE, GLUCOSE, ASPECT OPGLC <input type="checkbox"/> DÉCOMPTE CELLULAIRE CYNLC <input type="checkbox"/> CULTURE CULCR <input type="checkbox"/> BANDE OLIGOCLONALE **** BOLIG	<input type="checkbox"/> GENTAMICINE PRÉ-DOSE # 1 ou # 3 GENTC <input type="checkbox"/> GENTAMICINE POST-DOSE # 1 GENTP <input type="checkbox"/> GENTAMICINE # 1 GENTA <input type="checkbox"/> TOBRAMYCINE PRÉ-DOSE # 1 ou # 3 TOBRP <input type="checkbox"/> TOBRAMYCINE POST-DOSE # 1 TOBRP <input type="checkbox"/> TOBRAMYCINE # 1 TOBR <input type="checkbox"/> VANCOMYCINE PRÉ (recommandé) # 1 ou # 2 VANCC <input type="checkbox"/> VANCOMYCINE POST # 1 VANCP <b>BANQUE DE SANG**</b> <input type="checkbox"/> ANTICORPS DE GROSSESSE # 7 BDS <input type="checkbox"/> GROUPE SANGUIN, Rh # 7 BDS <input type="checkbox"/> COOMBS DIRECT ET INDIRECT # 7 BDS <input type="checkbox"/> COOMBS INDIRECT # 7 BDS <input type="checkbox"/> AGGLUTININES FROIDES # 7 BDS <input type="checkbox"/> CRYOGLOBULINES ♥ # 5 CRYOG <input type="checkbox"/> CRYOFIBRINOGENE ♥ # 7 CRYOF **Le spécimen doit être accompagnée de la requête GX-306 ou GX-238 selon le cas. La personne qui effectue le prélèvement signe au complet avec la date et l'heure sur la requête et appose ses initiales avec la date et l'heure sur le prélèvement. <b>LIQUIDES BIOLOGIQUES</b> Type: <input type="checkbox"/> Liquide pleural <input type="checkbox"/> péritonéal <input type="checkbox"/> ascite <input type="checkbox"/> autre: _____ <input type="checkbox"/> LIQUIDE SÉROSITÉ # 5 SROBL <input type="checkbox"/> DÉCOMPTE CELLULAIRE # 2 CYNCL <input type="checkbox"/> PH LIQUIDE PLEURAL # 6 PHBI <input type="checkbox"/> LIPASE LIQUIDE PLEURAL # 5 LIPBI <input type="checkbox"/> LDH LIQUIDE PLEURAL # 5 LDBI <input type="checkbox"/> ALBUMINE LIQUIDE PLEURAL # 5 ALBBI <input type="checkbox"/> TRIGLYCÉRIDES LIQUIDE PLEURAL # 5 TRIBI <input type="checkbox"/> CHOLESTÉROL LIQUIDE PLEURAL # 5 CHOLI <input type="checkbox"/> LIQUIDE SYNOVIAL: ASP., VISC., MUCINE, CRIST., GLU. & PROT. # 5 TPBI <input type="checkbox"/> CRSSY GLUBI CAMSY LIQSY <input type="checkbox"/> CULTURE # 5 ou 13 LIQBI	<input type="checkbox"/> RAST TEST # 1 RSTI* SPÉCIFIER ALLERGÈNES: <input type="checkbox"/> α-1 ANITRYPSINE # 1 DAATN <input type="checkbox"/> CATÉCHOLAMINES (sérique) g # 3 XCATP <input type="checkbox"/> HGH (HORMONE DE CROISSANCE) # 1 HGH <input type="checkbox"/> ALDOSTÉRON g #1 ALDO <input type="checkbox"/> CYCLOSPORINE - NÉORAL PRÉ-DOSE #2 CYCLC <input type="checkbox"/> CYCLOSPORINE - NÉORAL 2H POST-DOSE #2 CYCL2H <input type="checkbox"/> TACROLIMUS - PROGRAF #2 TACRO <input type="checkbox"/> CELLCEPT (MOFETIL) #2 MYCOP <input type="checkbox"/> AUTRES TEST FAIT À L'EXTÉRIEUR : _____ <b>Autres tests</b> _____ <b>Légende</b> 1. Jaune-gel (5 mL) 2. Lavande (3 mL) 3. Vert-gel, héparine Li (4 mL) 4. Bleu (3,5 mL) 5. Rouge sans gel (7mL) 6. Seringue héparinée 7. Lavande ou rose (6 ml) ou 2 tubes lavande (3 ml) 8. Gris 9. Éprouvette urinaire 10. Collecte minutée 11. Pot avec préservatif 12. Vert foncé héparine Na 13. Pot stérile 14. Écouvillon 15. Préservatif SAF 16. Cont selles sans préservatif 17. Milieu Cary-Blair 18. Cont selles avec spatule collante 19. Milieu de transport special  au labo < 1h <input type="checkbox"/> abris lumière g sur glace <input type="checkbox"/> Sans garrot À jeun: ● 8 heures ■ 12 heures ♥ acheminé à 37°C <input type="checkbox"/> jeune non requis si dépistage <input type="checkbox"/> prélever le mardi & mercredi am/pm ou jeudi am **** AVEC PRÉLÈVEMENT SANGUIN
---	--	---	--