

Réquisition laboratoire

Centre de prélèvements
480, 5e rue, Saint-Jérôme, J7Z 0H6
(près des Galeries des Laurentides)

IMPORTANT : Tout formulaire non
identifié ou non signé sera refusé

Info: www.cdsjlabo.org

Clinique du prescripteur: _____ Code de Clinique SIL _____

Où acheminer les résultats

Date de l'ordonnance : _____

Nom, prénom : _____

N° permis : _____

Signature : _____

OV OC N° permis : _____

N° RAMQ:
(Obligatoire)

Nom, prénom :
(Obligatoire)

Téléphone :

Adresse :

Renseignements cliniques : _____

PRESCRIPTEUR

USAGER

BIOCHIMIE

- ELEC** Électrolytes Na, K, Cl ●
- CREA** Créatinine (inclut calcul filtration glomérulaire)
- GLU** Glucose non à jeun ●
- GLUJ** Glucose ●
- INSUL** Insuline ●

- CHOLE** Cholestérol ●
- PRLIP** HDL/LDL Chol/Trig ●
- TRIGS** Triglycérides ●

- APOAI** Apo lipoprotéine A ●
- APOB** Apo lipoprotéine B ●

- BILIT** Bilirubine totale ●
Bilirubine directe analysée si Bilirubine totale anormale

- ALP** ALP ●

- GGT** GGT ●

- ALT** ALT (GPT) ●

- CK** CK totale ●

- LIP** Lipase ●

- APS** PSA total ●

- CEA** CEA ●

- CA125** CA 125 ●

- CA153** CA 15-3 ●

- CA199** CA 19-9 ●

- CO08** Cortisol AM (8-10 h) ●

- CO16** Cortisol PM (16-20 h) ●

- RA** Facteur rhumatoïde ●

- PROL** Prolactine (8-11 h) ●

- RSOSI** Rech. sang selles RSOSi

Date du prélèvement obligatoire : _____

BIOCHIMIE (SUITE)

- HBA1C** Hémoglobine glyquée ●
- MALU** Micro albuminurie ●
- ANURI** Analyse d'urine ●
- PROT** Protéines totales ●
- ALB** Albumine ●
- CA** Calcium ●
- PHOS** Phosphore ●
- ACURI** Acide urique ●
- CAICA** Calcium ionisé ●
- MG** Magnésium ●
- OIMMU** Immunoglobulines (IgA, IgG, IgM) ●

- BILFE** (fer +ferri + Saturation fer + Transferrine) ●

- SATFE** (fer + Transferrine et Saturation en fer) ●

- TRF** Transferrine ●

Ne prendre aucun supplément de fer dans les 24h
précédentes

- FERRI** Ferritine ●

- PTH** Parathormone (PTH intacte) ●

- TSH** TSH (si TSH anormale T4L analysée) ●

- TPO et THGAC** Anticorps antithyroïdiens
(Anti-TPO et Anti-Thyroglobuline) ●

- T4L** T4 libre ●

- FSH** FSH ●

- LH** LH ●

- ESTD** Estradiol (œstrogènes) ●

- TESBI** Testostérone bio disponible calculée ●

- TESTO** Testostérone totale ●

- ELEP** Électrophorèse des protéines ●

- UREE** URÉE ●

- Autres analyses :

PRÉLÈVEMENT

APPOSER L'ÉTIQUETTE CODE-BARRE
DE LA REQUÊTE ICI

Clinique, centre ou service de prélèvement : _____

Date et heure prélèvement : _____

N° d'accréditation : _____

DIVERS

- BDS** Groupe sanguin, Rh ●
- CURI** Culture d'urine ●

Date et heure de prélèvement : _____

Antibiotiques reçus : NON OUI

HÉMATOLOGIE

- FS** FS (Formule sanguine) ●
- FSC** FSC (Formule sanguine complète) ●
- RETIC** Réticulocytes ●
- ANA** ANA (FAN) ●
- ENA** ENA ●
- DNA** Anti-dsDNA ●
- CEPAR** Anti-tissus ●
- AATGL** Anti-transglutaminase ●

COAGULATION

- PT** PT (RIN) ●
- Inscrire type anticoagulant : _____
- PTT** PTT (suivi héparine) ●
- Inscrire type anticoagulant : _____
- Autre analyse : _____

Tube de sang à bouchon : Jaune ● Lavande 3ml ● Gris ●
Bleu ● Rose ●

Contenant sec ●

Pot culture stérile ●

Milieu Carry-Blair ou entérique ●

Milieu SAF ●

Stérile bâtonnet adhésif ●

GX-1662 (GRM 14000041) révision Janvier 2025

Écouvillon stérile

Écouvillon: Amie ●

Charbon bois ●

Milieu de culture Strepto B ●



Tube conique ●

Milieu APTIMA : prélèvement vaginal ● urinaire ●

GROSSESSE

Indiquer si:

- BILAN PRÉ-GROSSESSE
 1^{ER} BILAN GROSSESSE

 HCGB β-HCG quantitatif (sérum) ● **GLUJ** Glucose ●   **FSC** FSC ●³ **CREA** Créatinine ● **TSH** TSH ● **SYP** Syphilis (inclut RPR si réactif) ● **HBSAC** Anti-HBs (immunité hépatite B) ● **HBSAG** HBsAg (maladie hépatite B) ● **RUBE0** Rubéole ● **VIH** Anti-VIH ● **PARVG** Parvovirus IgG ● **PARVM** Parvovirus IGM ● **CURI** Culture d'urine ● **ANURI** Analyse d'urine ● **BDS** Groupe sanguin, Rh ●  **BDS** Anticorps prénataux ● Strep B vag-rect (35-37 sem) **STRB** Non-allergique à la pénicilline **STRB** Allergique à la pénicilline

Accouchement à :

- Saint-Jérôme Sainte-Agathe
 Saint-Eustache Laval

 G15G Dépistage diabète gestationnel ●
(Entre 24-28 semaines)

Glucose 1 h post 50 g

Indiquer les semaines de gestation : _____


 HYPG2 Hyperglycémie gestationnelle ●
(Si glucose 1 h post 50 g entre 7,8 et 11,0 mmol/L)

Glucose 0-1-2 hrs post 75 g


Indiquer les semaines de gestation : _____

MICROBIOLOGIE

Date et heure du prélèvement : _____

Antibiotiques reçus: NON OUI **CURI** Culture d'urine ●  **GORGE** Culture de gorge ●  **SELLE** Culture de selles # 1 ●  **SELLE** Culture de selles # 2 ●  **CLOSD** Clostridium difficile ●  **HBSAC** Anti-HBs (immunité hépatite B) ● **HBSAG** HBsAg (maladie hépatite B) ● **AVHCT** Anti-HCV (hépatite C) ● **VHAG** Anti-HAV IgG (immunité hép. A) ● **RUBE0** Rubéole ● **VIH** Anti-VIH ● **MONO** Ac Hétérophiles (mononucléose) ● **SYP** Syphilis (inclut RPR si réactif) ● **PARVG** Parvovirus(IgG) **PARVM**(IgM) ● **CMVIG** CMV(IgG) **CMVIM**(IgM) ● **TOXG** Toxo (IgG) **TOXM**(IgM) ● **EBNAG** Epstein-Barr virus (IgG et IgM) ● **HS12G** Herpes Simplex type I et II ● **VZVG** Varicelle anticorps totaux ● **VAGI** Sécrétions vaginales ●  **CGVA** Chlamydia / Gonorrhée


Prélèvement vaginal

 CGU Chlamydia / Gonorrhée ● 


Prélèvement urinaire

 GONO Gonorrhée gorge (culture) **GONO** Gonorrhée génitale (culture) Autres analyses: _____

RECHERCHE DE PARASITES INTESTINAUX

Diarrhée parasitaire : Diarrhée depuis ≥ 10 jours et l'un des renseignements obligatoires : **PARAT** 1^{re} ligne (TAAN) jour #1 ●  Retour de voyage. Pays : _____ Immunodépression Facteurs de risque : garderie, éclosion communautaire, animaux de ferme, eau non traitée (puits, lac, etc) Abcès ambien du foie (avec ou sans diarrhée) Autre (selon l'indication) : _____ **PARAS** 2^e ligne (microscopie)

Effectué sur demande si TAAN négatif ET :


 Retour de voyage. Pays : _____ Immunodépression Recommandation gastro-entérologue/infectiologue Pré-greffe de sellesjour #1 ●  + jour #2 ●  **Infestation par un helminthe (ver)** : Requier l'un des renseignements obligatoires suivants : **RHELM** Recherche d'helminthe microscopie Immigration/réfugié. Pays : _____ Immunodépression Éosinophilie Expulsion de ver jour #1 ●  Retard de croissance jour #2 ●  Recommandation gastro-entérologue/infectiologue **OXYX** Recherche d'oxyures ● 

Aucun renseignement clinique obligatoire

Tube de sang à bouchon :

Jaune ● Lavande 3ml ●³ Gris ●

Bleu ● Rose ●

Contenant sec ● Pot culture stérile ● Milieu Carry-Blair ou entérique ● Milieu SAF ● Stérile bâtonnet adhésif ● Écouvillon stérile ● Écouvillon: Amie ● Charbon bois ● Milieu de culture Strepto B ● Tube conique ● 

GX-1662 (GRM 14000041) révision Janvier 2025

MÉDICAMENTS

Date et heure de la dernière dose : _____

 LITH Lithium (À faire 12 h après une dose) ● **DIGXN** Digoxine (À faire 8 h à 12 h après une dose) ● **THEOP** Théophylline (À faire 4 h après une dose) ● **PHEN** Phénytoïne (À faire avant une dose) ● **PHENB** Phénobarbital (À faire avant une dose) ● **VALPT** Acide valproïque (À faire avant une dose) ● **CARBA** Carbamazépine (À faire avant une dose) ● **DRODE** Drogues de rue (TRIAG) ●

TESTS AVEC JUSTIFICATIONS, RENSEIGNEMENT CLINIQUE OBLIGATOIRE

 FOLAT Acide folique* ●

Cocher si :

- Anémie Malabsorption
 Malnutrition Chirurgie bariatrique
 Trouble neuro/polyneuropathie
 Trait. agent médicamenteux
 Projet de recherche approuvé

 AST AST ●

Cocher si :

- Atteinte hépatique alcoolique Pré-éclampsie
 Atteinte hépatique virale Cirrhose
 Fibrose hépatique (FIB-4) Ratio AST/ALT
 Atteinte hépatique toxique Autorisation BCM
 Atteinte hépatique médicamenteuse

 25VID Vitamine D 25-OH* ●

Cocher si :

- Ostéoporose Rachitisme
 Ostéopénie Supplémentation >2000/j
 Hypercalcémie Malabsorption
 Chirurgie bariatrique Hypocalcémie
 Autorisation BCM

 SEDI Vitesse de sédimentation ●

Cocher si :

- Artérite Temporale Arthrite inflammatoire
 Hodgkin Ostéomyélite chronique
 Polymyalgia rheumatica

 B12 Vitamine B12* ●

Cocher si :



- Trouble neurologique. Malabsorption
 Trouble cognitif Troubles Psychiatriques
 Macrocytose Autorisation BCM
 Anémie Macrocytaire ou pancytopenie
 Personnes âgées avec M-A-I et sous TTT

HYPERGLYCÉMIE


 HYPE2 Glucose (tolérance) ●  

Glucose 0-2 h post 75 g

LÉGENDE

 ² Test nécessitant un jeûne de 2 heures ⁸ Test nécessitant un jeûne de 8 heures Eau permise

Note : L'eau est permise pour toutes les analyses sans exception

 Requête GX-306 ou GX-238 requis

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 l'échantillon