

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) ●

EBNAE 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 \geq 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 selles

jour #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

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

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 ●

GX-1662 (GRM 14000041) révision Janvier 2025

Écouvillon stérile ●

Écouvillon: Amie ●

Charbon bois ●

Milieu de culture Strepto B ●

Tube conique ●