OPTILAB Capitale-Nationale — CHU de Québec Université Laval — Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec Université Laval — Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale Québec — Centre intégré de santé et de services sociaux des Îles Québec

Effacer

REQUÊTE D'ANALYSES - SPÉCIALISÉES - LABORATOIRE MULTIDISCIPLINAIRE

PRÉLEVEUR

Date prélèvement ____ / ____ / ____ Heure ____

Nom complet ____

Lieu du prélèvement ____

PRESCRIPTEUR

Nom et prénom ____ Numéro de pratique (Ordre) ____

Nom de la clinique ____ ID clinique SIL-P ____

MD en copie (nom et prénom) ____ Numéro de pratique (Ordre) ____

USAGER

Nom et prénom ____

Date de naissance ____ / ____ / ____ Sexe M☐ F☐

Numéro d'assurance maladie (RAMQ) ou autre numéro étatique ____

GAZ SANGUINS

SGT	☐	**GAZAR**	Gaz artériel
SGT	☐	**GAACO**	Gaz artériel incluant électrolytes/métabolites
SGT	☐	**GAZC**	Gaz capillaire
SGT	☐	**GACCO**	Gaz capillaire incluant électrolytes/métabolites
SGT*	☐	**GAZVE**	Gaz veineux
SGT*	☐	**GAVCO**	Gaz veineux incluant électrolytes/métabolites

*Collant rose sur le bouchon SAUF pour les micro-méthode.

OR**	☐	**CAION**	Calcium ionisé **mesuré** sérique

**Prélèvement veineux seringue Line Draw acceptée

DIVERS

LAV	☐	**HOMO** Glace	Homocystéine
OR	☐	**BCARO** Noiceur	β-carotène
OR	☐	**FOLAT** *	Folate* Justification clinique obligatoire

☐ Anémie ☐ Malabsorption
☐ Malnutrition ☐ Troubles neuro/polyneuropathie
☐ Chirurgie bariatrique ☐ Trait agent médicamenteux
☐ Projet recherche approuvé

OR	☐	**RETIN** Noiceur	Vitamine A
OR	☐	**VITE** Noiceur	Vitamine E
Menthe	☐	**VITC** Glace	Vitamine C

IMMUNOLOGIE OU MÉTABOLISME ÉRYTHROCYTAIRE

OR	☐	**FIAC**	Anticorps anti-facteur intrinsèque
OR	☐	**ANA**	Anticorps antinucléaires
OR	☐	**AATGL**	Anticorps antitransglutaminase IgA
OR	☐	**C34SP**	Complément (C3 et C4)
OR	☐	**RA**	Facteur rhumatoïde (RA test)
RG*	☐	**AC50**	Complément CH50
BL+OR*	☐	**9C1i**	Inhibiteur C1 estérase

* Collant rose sur le bouchon SAUF pour les micro-méthodes

MALADIES INFECTIEUSES (SÉROLOGIE)

OR	☐	**CMVIG**	Cytomégalovirus IgG
↓	☐	**CMVIM**	Cytomégalovirus IgM
OR	☐	**HELIG**	Hélicobacter pylori
OR	☐	**HS12G**	Herpes simplex IgG types 1 et 2
OR	☐	**ASO**	Antistreptolysine O (Anticorps)
OR	☐	**MONO**	Mononucléose (Anticorps)
OR	☐	**SYP**	Syphilis
↓	☐	**VIH**	VIH (routine)
OR	☐	**PARVG**	Parvovirus IgG
↓	☐	**PARVM**	Parvovirus IgM
	☐	**VZVG**	Varicelle IgG
↓	☐	**VZVM**	Varicelle IgM
OR	☐	**OREG**	Oreillons IgG
OR	☐	**ROUGG**	Rougéole IgG
OR	☐	**RUBEO**	Rubéole IgG
↓	☐	**RUBEM**	Rubéole IgM
	☐	**TOXG**	Toxoplasmose IgG
↓	☐	**TOXM**	Toxoplasmose IgM

ACCIDENT DE TRAVAIL / CONTACT AVEC LIQUIDE BIOLOGIQUE

2 OR	☐	**Accident de travail / contact avec liquide biologique HORS-CHU***	

Réservé Labo. Sérologie anti-HCV / Hépatite B / VIH dosées en urgence
*Gestion par les Urgences et non par SST car non employé du CIUSSS ni du CHU

HÉMOSTASE

BL Facteurs du Temps de Quick → Anticoagulant
☐ **FII** ☐ **FV** ☐ **FVII** ☐ **FX**

BL Facteurs du Temps de céphaline activé → Anticoagulant
☐ **F8G** ☐ **FIX** ☐ **FXI** ☐ **FXII**

OR	☐	**CARGM**	Anticorps Anticardiolipine	→ Anticoagulant
↓	☐	**B2GP**	Anti-β2 Glycoprotéine 1	→ Anticoagulant
BL	☐	**ANLUP**	Anticoagulant type lupique	→ Anticoagulant
BL	☐	**FVW**	Facteur Von Willebrand	→ Anticoagulant
BL	☐	**FXIII**	Facteur XIII	→ Anticoagulant
BL	☐	**ATAC**	Antithrombine	→ Anticoagulant
BL	☐	**PROS**	Protéine S	→ Anticoagulant
↓	☐	**PROC**	Protéine C	→ Anticoagulant

→ Anticoagulant : Préciser Anticoagulothérapie
☐ Lovenox ☐ Fragmin ☐ Innohep
☐ Héparine std ☐ Autre : _____

BL	☐	**DOSAN****	Dosage anti-Xa

**Obligatoire de spécifier la fréquence et le type d'héparine
Type d'héparine : _____ Fréquence : _____

BL	☐	**ANPCH**	Alpha-2 antiplasmine
BL	☐	**PLACH**	Plasminogène
BL	☐	**CRYOF**	Cryofibrinogène

URINE – COLLECTE DE 24 HEURES

Indiquer la date et les heures de début et de fin lors d'une collecte de 24 heures.

Début : Date : ____ / ____ / ____ Heure : ____ h
Fin : Date : ____ / ____ / ____ Heure : ____ h

CR	☐	**CATUC**	Catécholamines urinaires (HCl)
CR*	☐	**CLCRA**	Clairance créatinine

*Prélever 1 tube Menthe/OR en plus

Taille : _____ m (mètre) Poids : _____ kg
Indiquer la taille (mètre) et le poids (kg)

CR	☐	**CREUC**	Créatinine
CR	☐	**ELEUC**	Électrophorèse protéines urinaires
CR	☐	**MAPUC**	Microalbumine : 24 h
CR	☐	**OSMUC**	Osmolalité
CR**	☐	**MTNUC**	Métanéphrines et normétanéphrines

**Cruche avec HCL

CR	☐	**PRTUC**	Protéines

AUTRES ANALYSES OU DEMANDES SPÉCIALES

BL	Bouchon bleu	**LAV**	Bouchon lavande
RG	Bouchon rouge sans gel	**OR**	Bouchon OR avec gel
HCL	Préservatif avant la collecte	**Menthe**	Bouchon Vert
SGT	Sang total	**CR**	Cruche