

LOCALISATION

PRELÈVEUR

DATE PRÉL. : / / HEURE : :

NOM ET PRÉNOM LISIBLES

NOM ET PRÉNOM COMPLETS NO DE PERMIS

PRESCRIPTEUR

TRANSMISSION DU RÉSULTAT À (NOM DE LA CLINIQUE)

MD EN COPIE (NOM ET PRÉNOM LISIBLES) NO DE PERMIS

NOM DE LA CLINIQUE DU MD EN COPIE

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

RAMQ DOSSIER

SITE N° CHAMBRE/CIVIÈRE

DATE DE NAISSANCE SEXE M F

AA/MM/JJ

NOM PRÉNOM

NOM DE LA MÈRE

ADRESSE NO CIVIQUE/RUE APT

CODE POSTAL TÉLÉPHONE

GAZ SANGUINS

Type de prélèvement (sang total)

GAZA Artériel

GAZC Capillaire

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

Électrolytes/métabolites? Oui Non

Mode de ventilation :

OR CAIOS Calcium ionisé mesuré sérique
(Prélèvement veineux, seringue LineDraw acceptée)

DIVERS

LAV, J12, Glace **HOMOC** Homocystéine

OR, J8, Noirceur **BCARO** β-carotène

VITA Vitamine A

VITE Vitamine E

VERT, J8, Glace **VITC** Vitamine C

IMMUNOLOGIE OU MÉTABOLISME ÉRYTHROCYTAIRE

OR **AAFI** Anticorps anti-facteur intrinsèque

OR **ANA** Anticorps antinucléaires

OR **ATRAN** Anticorps antitransglutaminase IgA

OR **C3C4** Complément (C3 et C4)

OR **RF** Facteur rhumatoïde (RA test)

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

Rouge * **CH50** Complément CH50

BLEU + OR * **C1INH** Inhibiteur C1 estérase

MALADIES INFECTIEUSES (SÉROLOGIE)

OR **CMVG** Cytomégalovirus IgG **CMVM** IgM

OR **HPYLS** Hélicobacter pylori

OR **HERPG** Herpes simplex IgG ○ (Type 1) ○ (Type 2)

OR **ASO** Antistreptolysine O (Anticorps)

OR **STREP** Strepacol (Anticorps)

OR **MONOS** Mononucléose (Anticorps)

OR **SYPHS** Syphilis → () Stade primaire

↓ **VIH** VIH (routine)

OR **PARVG** Parvovirus IgG **PARVM** Parvovirus IgM

OR **VARIG** Varicelle IgG **VARIM** Varicelle IgM

OR **OREG** Oreillons IgG

OR **ROUGG** Rougeole IgG

OR **RUBG** Rubéole IgG **RUBM** Rubéole IgM

↓ **TOXG** Toxoplasmose IgG **TOXM** Toxoplasmose IgM

Bleu Bouchon bleu **LAV** Bouchon lavande

Rouge Bouchon rouge sans gel **OR** Bouchon OR avec gel

HCL Préservatif avant la collecte

HÉMOSTASE

BLEU Facteurs du Temps de Quick

FII **FV** **FVII** **FX**

Facteurs du Temps de céphaline activé

↓ **FVIII** **FIX** **FXI** **FXII**

OR **AACL** Anticorps Anticardiolipine

↓ **AB2GP** Anti-β2 Glycoprotéine 1

2 BLEU **ANTCJ** Anticoagulant type lupique

BLEU **FWW** Facteur Von Willebrand

BLEU **ATAC** Antithrombine

BLEU **PROS** Protéine S

↓ **PROC** Protéine C *(différent de CRP)*

BLEU **ANTXA** Dosage anti-Xa *Obligatoire de spécifier le type d'héparine :*

(LOVE) Lovenox **(FRAG)** Fragmin **(INNOH)** Innohep

(HEPA) Héparine std Autre : _____

BLEU **AZAP** Alpha-2 antiplasmine

↓ **FXIII** Facteur XIII

PLASM Plasminogène

BLEU **HC2AC** Cofacteur II de l'héparine

↓ **TREPT** Temps de reptilase

BLEU **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 : :

Fin : Date : / / Heure : :

CAT24 Catécholamines urinaires (HCl)

CLCRE Clairance créatinine *Envoyer 1 VE/OR en plus*

Taille : m (mètre) Poids : kg

Indiquer le poids (kg) et la taille (mètre)

CRE24 Créatinine

ELE24 Électrophorèse protéines urinaires

MAL24 Microalbumine : 24 h

OSM24 Osmolalité

MET24 Métanéphrines et normétanéphrines (HCl)

PRO24 Protéines

AUTRES ANALYSES OU DEMANDES SPÉCIALES

Si une requête d'analyse – GÉNÉRALE est également requise (complétée) pour le même patient, s.v.p. brochez les deux feuilles.