

PRÉLEVEUR

* LOCALISATION _____

* DATE PRÉL. : ____ / ____ / ____ * HEURE : ____ : ____

* NOM ET PRÉNOM LISIBLES _____

PRESCRIPTEUR

* NOM ET PRÉNOM COMPLETS _____ * NO DE PERMIS _____

* 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 SI NÉCESSAIRES _____

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

- OR**
- FSH** FSH
- LH** LH
- ESTRA** Oestradiol
- PROLA** Prolactine
- VB12** Vitamine B12
- HOMOC** Homocystéine
- BCARO** β-carotène
- VITA** Vitamine A
- VITE** Vitamine E
- VITC** Vitamine C
- LAV**, J12, Glace
- OR**, J8, Noirceur
- VERT**, J8, Glace

IMMUNOLOGIE OU MÉTABOLISME ÉRYTHROCYTAIRE

- OR** **AAFI** Anticorps anti-facteur intrinsèque
- OR** **ATRAN** Anticorps antitransglutaminase IgA
- OR** **RF** Facteur rhumatoïde (RA test)
- ** Collant rose sur le bouchon SAUF pour les micro-méthodes.**
- Rouge **** **CH50** Complément CH50
- Rouge **** **C3C4** Complément (C3 et C4)
- 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** Streptococ (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

*RAMQ _____ DOSSIER _____

*DATE DE NAISSANCE _____ *SEXE M F
Pour les usagers qui n'ont pas de RAMQ (exclusivement) AA/MM/JJ

*NOM _____ *PRÉNOM _____

NOM DE LA MÈRE _____

N° CHAMBRE _____

ADRESSE _____
NO CIVIQUE/RUE _____ APT _____

CODE POSTAL _____ TÉLÉPHONE _____

Utiliser la carte d'assurance maladie, l'étiquette autocollante ou la carte de l'hôpital.

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 ou chronométrée
- 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.

Bleu Bouchon bleu **LAV** Bouchon lavande **Rouge** Bouchon rouge sans gel **OR** Bouchon OR avec gel **HCL** Préservatif avant la collecte