

IDENTIFICATION DU PRESCRIPTEUR : RENSEIGNEMENTS OBLIGATOIRES

(Lettres moulées, tampon ou étiquette)

Date :
Nom :
Numéro de permis :
Adresse :
Signature obligatoire :
Médecin en copie :

- Pré-adm
- Dialyse
- Cube 3
- MDJ
- CJA
- CDJ

Veuillez utiliser la carte d'assurance maladie

DIABÈTE	RHUMATOLOGIE	MÉDICAMENTS	SÉROLOGIE
<input type="checkbox"/> Glucose à jeun (8 h à jeun) <input type="checkbox"/> Glucose aléatoire non à jeun <input type="checkbox"/> HbA1C <input type="checkbox"/> Hyperglycémie provoquée 2 h 75 g (8 h à jeun) <input type="checkbox"/> Ratio albumine/créatinine urinaire	<input type="checkbox"/> Acide urique <input type="checkbox"/> ANA * <input type="checkbox"/> CRP / Protéine C réactive <input type="checkbox"/> Facteur rhumatoïde <input type="checkbox"/> Sédimentation * GROSSESSE (voir point C ou D) <input type="checkbox"/> Bilan initial; 10 à 14 sem (8 h à jeun, point C) <input type="checkbox"/> Bilan 2 ^e trimestre; 24 à 28 sem (glucose 50g, point C) <input type="checkbox"/> HCG sérique <input type="checkbox"/> Hyperglycémie 75 g 8 h à jeun, (point C) <input type="checkbox"/> Immuno anti-D (WinRho) et recherche anticorps (point D)	Dernière dose Date _____ Heure _____ <input type="checkbox"/> Acide valproïque <input type="checkbox"/> Carbamazépine <input type="checkbox"/> Digoxine <input type="checkbox"/> Lithium <input type="checkbox"/> Phénytoïne <input type="checkbox"/> Autres : _____ URINE Cochez : <input type="checkbox"/> Miction (voir point A) <input type="checkbox"/> Culture <input type="checkbox"/> Collecte 24 h (voir point B) Cochez test(s) : <input type="checkbox"/> Analyse d'urine <input type="checkbox"/> Calcium <input type="checkbox"/> Citrate <input type="checkbox"/> Clairance de la créatinine <input type="checkbox"/> Créatinine <input type="checkbox"/> Osmolalité <input type="checkbox"/> Oxalate <input type="checkbox"/> Protéines <input type="checkbox"/> Ratio albumine/créatinine urinaire (première urine du matin) <input type="checkbox"/> Test de grossesse urinaire <input type="checkbox"/> Autres : _____	<input type="checkbox"/> Cochez si grossesse Epstein-Barr <input type="checkbox"/> Monotest <input type="checkbox"/> EBNA (dép. infect. ancienne) <input type="checkbox"/> VCA IgG (dép. infect. récente) <input type="checkbox"/> VCA IgM (syndrome aigu) Hépatites <input type="checkbox"/> Anticorps Hépatite A IgG <input type="checkbox"/> Anticorps Hépatite A IgM (syndrome aigu) <input type="checkbox"/> Antigène Hépatite B (HBs-Ag) (dépistage) <input type="checkbox"/> Anti-HBc <input type="checkbox"/> Anti-HBs <input type="checkbox"/> Anticorps Hépatite C (dép.) <input type="checkbox"/> Heliobacter pylori <input type="checkbox"/> Herpès simplex 1 et 2 (dép)* <input type="checkbox"/> Syphilis (RPR) <input type="checkbox"/> Anticorps VIH (dépistage) Cytomégalo virus* <input type="checkbox"/> IgG (dép.) <input type="checkbox"/> IgM (synd. aigu) Parvovirus* <input type="checkbox"/> IgG (dép.) <input type="checkbox"/> IgM (synd. aigu) Rubéole* <input type="checkbox"/> IgG (dép.) <input type="checkbox"/> IgM (synd. aigu) Toxoplasmose* <input type="checkbox"/> IgG (dép.) <input type="checkbox"/> IgM (synd. aigu) Varicelle* <input type="checkbox"/> IgG (dép.) <input type="checkbox"/> IgM (synd. aigu)
ENDOCRINIEN	HÉMATOLOGIE	SELLES	
<input type="checkbox"/> Cortisol AM <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Estradiol <input type="checkbox"/> FSH <input type="checkbox"/> HCG sérique <input type="checkbox"/> LH <input type="checkbox"/> Prolactine <input type="checkbox"/> Testostérone totale <input type="checkbox"/> TSH	<input type="checkbox"/> Électrophorèse Hb * <input type="checkbox"/> F.S. <input type="checkbox"/> F.S.C. <input type="checkbox"/> Frottis sanguin * <input type="checkbox"/> Réticulocytes	SELLES <input type="checkbox"/> Clostridium difficile <input type="checkbox"/> Culture <input type="checkbox"/> RSOSi (voir point B) <input type="checkbox"/> Recherche parasites (Remplir formulaire #62-100-030)	
HÉPATIQUE / GASTRO	COAGULATION		
<input type="checkbox"/> ALT <input type="checkbox"/> Bilirubine totale <input type="checkbox"/> GGT <input type="checkbox"/> Lipase <input type="checkbox"/> Phosphatase alcaline <input type="checkbox"/> Test au lactose (8 h à jeun, voir C)	<input type="checkbox"/> Coagulogramme de dépistage * <input type="checkbox"/> Fibrinogène <input type="checkbox"/> Temps de céphaline (PTT) <input type="checkbox"/> Temps de Quick (PT) (INR) <input type="checkbox"/> Temps de thrombine		
LIPIDES	BANQUE DE SANG		
<input type="checkbox"/> Apo B <input type="checkbox"/> Bilan lipidique <input type="checkbox"/> CK	<input type="checkbox"/> Groupe sanguin (ABO, Rh) <input type="checkbox"/> Recherche d'anticorps		
NUTRITION	THROMBOPHILIE *		
<input type="checkbox"/> Albumine <input type="checkbox"/> Fer (6 h à jeun) <input type="checkbox"/> Ferritine <input type="checkbox"/> Protéine totale <input type="checkbox"/> B12	<input type="checkbox"/> Antithrombine III * <input type="checkbox"/> Anti-Béta-2 glycoprotéine * <input type="checkbox"/> Anti-cardiolipine * <input type="checkbox"/> Anticoagulant lupique * <input type="checkbox"/> Facteur II mutant (G20210) * <input type="checkbox"/> RPCa <input type="checkbox"/> Protéine C * <input type="checkbox"/> Protéine S *		
ONCOLOGIE	MICROBIOLOGIE	AUTRES ANALYSES	
<input type="checkbox"/> APS Antigène Prostatique Spéc <input type="checkbox"/> Électrophorèse protéines sérique	<input type="checkbox"/> SARO <input type="checkbox"/> ERV <input type="checkbox"/> CARBA		
RÉNAL ET OSSEUX		RENSEIGNEMENTS CLINIQUES (obligatoire si astérisque *)	
<input type="checkbox"/> Bicarbonates (CO2 totale) <input type="checkbox"/> Calcium total <input type="checkbox"/> Créatinine <input type="checkbox"/> Électrolytes (Na, K, Cl) <input type="checkbox"/> Magnésium <input type="checkbox"/> Phosphore (6 h à jeun) <input type="checkbox"/> PTH			

CENTRES DE PRÉLÈVEMENTS DU CISSS LAVAL

Pour plus de renseignements ou pour prendre un rendez-vous composer le 1 833 991-2662 ou consulter le : www.lavalensante.com/prelevements

Installations	Adresses
Centre de services ambulatoires de Laval	1515, boul. Chomedey H7V 3Y7
CLSC de l'Ouest-de-l'Île	4250, boul. Dagenais Ouest H7R 1L4
CLSC de Sainte-Rose	280, boul. Roi-du-Nord H7L 4L2
CLSC des Mille-Îles	775, Montrose H7E 3M3
CLSC et GMFU du Marigot	1351, boul. des Laurentides H7M 2Y2

Important : Le centre de prélèvements de l'Hôpital de la Cité-de-la-Santé privilégie la clientèle de la préadmission, du préopérateur, les suivis de grossesse, les analyses particulières ainsi que les enfants de moins de 7 ans.

INFORMATIONS IMPORTANTES POUR LE PATIENT

Il est obligatoire d'apporter votre requête d'analyse papier et votre carte d'assurance maladie.

- A.** Tests nécessitant une miction urinaire :
- Bien nettoyer la région génitale. Commencer à uriner dans la toilette puis recueillir l'urine au milieu de la miction dans le contenant stérile. Réfrigérer dès que possible. L'urine devra être reçue par le laboratoire dans un délai maximal de 6 heures. Cette opération peut se faire sur place au centre de prélèvements.
- B.** Tests nécessitant une collection spéciale :
- Pour collecter ces spécimens, des instructions et/ou des contenants spéciaux vous seront remis par le centre de prélèvements.
- C.** Tests spéciaux nécessitant la prise d'un rendez-vous au centre de prélèvements de l'Hôpital de la Cité-de-la-Santé.
Contactez le 1 833 991-2662 .
Ex : Grossesse (test 50g durée 1h30, test 75g durée 2h30), spermogramme (vasectomie et fertilité), test de lactose ou xylose.
- D.** Prélèvements faits exclusivement à l'Hôpital de la Cité-de-la-Santé RC 70 : Veuillez-vous référer au site internet pour plus de détails
Ex : Grossesse : Immunoglobuline anti-D (WinRho) et recherche d'anticorps

Tests nécessitant d'être à jeun (sans manger ni boire autre chose que de l'eau) :

- 6 heures : phosphore, fer, transferrine
- 8 heures : bilan initial de grossesse, glucose à jeun, hyperglycémie provoquée 2 h post 75 g, test au lactose

INFORMATIONS POUR LE MÉDECIN / PRESCRIPTEUR REQUÉRANT

Éléments obligatoires d'une requête d'analyses de biologie médicale selon le guide d'exercice du Collège des Médecins du Québec 10/2016.

- Double identification du patient : nom et prénom, sa date de naissance et son numéro d'assurance maladie de la RAMQ.
- L'identification du prescripteur doit comporter : le nom, son numéro de permis d'exercice, l'adresse de correspondance et obligatoirement sa signature. (lisible)
- Analyse(s) demandée(s)
- Renseignements cliniques

Description des analyses comprises dans les bilans :

- Bilan lipidique : cholestérol total, TG, HDL, LDL, non-HDL
- Bilan initial de grossesse : FSC, glucose à jeun, créatinine, groupe sanguin, recherche d'anticorps, HBsAg, dépistage syphilis, analyse et culture urinaire, TSH, rubéole IgG, anti-VIH
- Bilan 2^e trimestre de grossesse : FS, hyperglycémie provoquée 1 h post 50 g
- Coagulogramme de dépistage : fibrinogène, plaquettes, PT, PTT
- F.S. : Hb, Ht, plaquettes ou F.S.C. : F.S. avec leucos et diff.

Restrictions et règles appliquées à certaines analyses :

- Voir notre répertoire disponible sur notre site Web : <http://www.lavalensante.com/employes-et-medecins/biologie-medecine/laboratoires/> pour la liste et les détails complets des tests. En cas des différences entre la requête et le répertoire, le répertoire sera priorisé.
- Pour les analyses hors Québec, remplir le formulaire AH-612 sur notre site Web : <http://www.lavalensante.com/employes-et-medecins/biologie-medecine/laboratoires/>

* Renseignements cliniques obligatoires pour les analyses qui ont un astérisque.