

REQUÊTE POLYVALENTE

Identification du prescripteur - Renseignements obligatoires

Lieu de consultation : _____

☐ Ordre verbal # SIL-P : _____

Nom et prénom du prescripteur : _____

Téléphone : _____ Télécopieur : _____

Signature et no pratique : _____

Renseignements cliniques : _____

Identification du patient - Renseignements obligatoires*

* Nom, prénom ET numéro de dossier OU RAMQ OU date de naissance et sexe.

Nom, Prénom : _____

N° Dossier : _____

RAMQ : _____

Date de naissance : _____

Sexe : _____

Instructions au patient

Prélèvement prévu le : _____

Répétition : _____

Vérifier si les analyses demandées nécessitent des conditions particulières

J8 : Jeûne 8 hrs

Date prélèvement : _____

Heure : _____

Prélevé par : _____

Biochimie - 1 tube or gel

☐ UREE Urée
☐ CREA Créatinine
☐ GLU Glucose
☐ GLUPP Glucose Préprandial (à jeun) **J8**
☐ NA Sodium
☐ K Potassium
☐ CL Chlorure
☐ TROAN Trou anionique (Bicar, Cl, K et Na)
☐ CA Calcium
☐ MG Magnésium
☐ PHOS Phosphate
☐ ACURI Urate
☐ VITD Vitamine D25 OH Rens. cliniques oblig :

☐ PALB Préalbumine
☐ ALB Albumine
☐ PROT Protéines
☐ BILIT Bilirubine tot
☐ ALT Alanine aminotransférase (ALT)
☐ LD Lactate déshydrogénase (LD)
☐ ALP Phosphatase alcaline (PA)
☐ GGT Gamma glutamyl transférase (GGT)
☐ LIP Lipase
☐ CK Créatine kinase
☐ HAPTG Haptoglobine (10)
☐ PRLIP Profil lipidique (CHOL, TRIG, HDL, LDL calc.)
☐ OIMMU Immunoglobulines (IgG IgA IgM)
☐ CRP Protéine C réactive
☐ C3ASP Complément C3 et C4 (10)
☐ TSH TSH (Bilan Thyroïdien)
☐ TPO Thyroperoxydase, Ac (10)
☐ APSG Antigène prostatique spécifique (PSA)
☐ HCGB HCG sous-unité bêta
☐ COR Cortisol
☐ 17BOE Estradiol
☐ TESTO Testostérone
☐ FSH Hormone folliculo-simulante (FSH)
☐ LH Hormone lutéinisante (LH)
☐ PROL Prolactine
☐ APOAI Apolipoprotéine A-I
☐ APOB Apolipoprotéine B
☐ FRUCT Fructosamine (10)
☐ PTHI Parathormone (PTH) intacte **J8** (10)
☐ BILF1 Bilan du fer
☐ FERRI Ferritine
☐ FOLAT Folate Rens. cliniques oblig :

☐ B12 Vitamine B12 Rens. cliniques oblig :

Biochimie spécialisée - 1 tube Or gel par analyse

☐ HBA1C A1c (Hémoglobine glyquée) (1L)
☐ PHEHB Phénotypage de l'hémoglobine (variant) (1L)
☐ ALDO Aldostérone (1L)
☐ Debout ☐ Couché
☐ TSIAG Récepteur TSH, Ac (10)
☐ CHLIL Chaîne légères des immunoglobulines libres (10)
☐ DHEAS Déhydroépiandrostérone (Sulfate de)(DHEA-S)(10)
☐ HGH Hormone de croissance (HGH) **J8**
☐ OSMOL Osmolalité (10)
☐ ELEP Électrophorèse des protéines (10)
OBLIGATOIRE - suspicion ou suivi de :
☐ Dyscrasie plasmocytaire (myélome ou autres)
☐ Syndrome lymphoprolifératif (lymphome ou autres)
☐ Autre : _____

Antibiotiques

Début de la perfusion _____ Heure _____

Fin de la perfusion : _____ Heure _____

☐ GENTC Gentamicine Creux _____ min pré-dose (10)
☐ GENTP Gentamicine Pic _____ min post-dose (10)
☐ TOBRC Tobramycine Creux _____ min pré-dose (10)
☐ TOBRP Tobramycine Pic _____ min post-dose (10)
☐ VANCC Vancomycine Creux _____ min pré-dose (10)
☐ VANCP Vancomycine Pic _____ min post-dose (10)

Biochimie urine - 1 tube conique 10 mL

☐ ANURI Analyse urinaire complète (miction mi-jet)
☐ OSMU Osmolalité; Urine (miction mi-jet)
☐ HCGUN hCG quantitatif; Urine

Pharmacologie - 1 tube or gel

☐ CARBA Carbamazépine
☐ DIGXN Digoxine
☐ LITH Lithium
☐ VALPT Valproate (acide valproïque)
☐ PHENB Phénobarbital
☐ PHEN Phénytoïne

Hématologie générale - 1 Tube lavande

☐ FSC FSC & Différentielle
☐ HBHTS Hémoglobine, hématocrite, plaquette
☐ SEDI Sédimentation
Rens. Cliniques : _____
☐ RETIC Réticulocytes
☐ FROTI Frottis sanguin
Rens. Cliniques : _____

☐ Aucun renseignement (nil)

Immunologie - 1 tube Or gel

☐ ANA Ac antinucléaires
☐ DNA Ac anti-ADNdb, IgG
☐ ENA1 Ag nucléaires solubles IgG (SSA/SSB/RNP/SM)

Hématologie spéciale - 1 tube par test

☐ HEINZ Corps de Heinz (1L)
☐ HBPLA Hémoglobine libre; Plasma (1L)
☐ FSMAL Frottis sanguin pour malaria (1L)
☐ FSPAR Recherche filaires (microfilaire) (1L)
☐ HBSD Hémoglobine S (1L)

Coagulation - tube(s) indiqué(s)

Anticoagulothérapie :

☐ Non ☐ Oui; Précisez : **OBLIGATOIRE**

☐ Coumadin ☐ Agents thrombolytiques
☐ Héparine non fractionnée ☐ Pradaxa (Dabigatran)
☐ Edoxadan (Lixiana) ☐ Eliquis (Apixaban)
☐ Héparine HBPM ☐ Xarelto (Rivaroxaban)
☐ Oragan, Fondaparinux (Arixtra)
☐ Autre : _____

☐ PTRIN Temps de prothrombine normalisé (RNI) (1B)
☐ DCOAG Coagulogramme de dépistage
☐ CCOAG Coagulogramme complet (3B+1L)
☐ CIVD Bilan CIVD (5B+1L)
☐ AFP4 Ac induits par complexe facteur plaquettaire 4-héparine IgG (6B+10+1L)
☐ DOSAN Dosage anticoagulant (2B)
Choix d'anticoagulothérapie OBLIGATOIRE : _____

Index des tubes à prélever

B : Tube bleu O : Tube or gel
L : Tube lavande T : Tube conique 10 mL

Indications spécifiques

< 11 h : Prélèvement avant 11 heures

J8 : Jeûne 8 heures

RV : Prélèvement sur rendez-vous seulement

Coagulation analyses spéciales

Sur rendez-vous seulement : 514-251-7067

☐ FPICA Temps de saignement in-vitro PFA100 **RV**

Autres tests requis