

**Requête pour examens de laboratoire**

Centre de prélèvements sans rendez-vous  
Lundi au vendredi de 8h à 15h  
Entrée: 6895, rue Viau, 1er étage  
Renseignements: (514) 376-3330, poste 3162

ADRESSE DE RETOUR (Fournir obligatoirement tous les renseignements demandés)	RENSEIGNEMENTS OBLIGATOIRES (adressographe)
UNITÉ REQUÉRANTE (PROJET):	
Nom et prénom du médecin:	
Adresse :	
Code postal:	
Téléphone du médecin :	
Signature:	<input type="checkbox"/> URGENT
<b>Note: le matin du prélèvement, ne prendre aucun médicament ou supplément (vitamines) NON-PRESCRIT</b> <b>Après consultation auprès de votre médecin, prendre, autant que possible,</b> <b>vos médicaments prescrits du matin APRÈS LE PRÉLÈVEMENT.</b>	

BIOCHIMIE - SANG	
<b>INSTRUCTIONS: À jeun depuis minuit</b> <b>(jeûne d'au moins 6 heures)</b> <b>L'eau est permise. S'abstenir de fumer.</b>	
<input type="checkbox"/> Électrolytes <input type="checkbox"/> Glucose <input type="checkbox"/> Fer (avant 9h00) <input type="checkbox"/> Transferrine, SAT, TIBC <input type="checkbox"/> Phosphore <input type="checkbox"/> Phosphatase alcaline <input type="checkbox"/> Folate <input type="checkbox"/> Vitamine B12	NAKCL GLUC FER TRANS PHOS ALP FOL B12

BIOCHIMIE - SANG	
<b>INSTRUCTIONS: À jeun depuis 20h00</b> <b>(jeûne d'au moins 12 heures)</b> <b>Souper léger (sans excès de gras) la veille.</b> <b>Régime de vie habituel les jours précédents</b> <b>(sans excès de gras et d'alcool)</b>	
<input type="checkbox"/> Chol, HDL, LDL, Trig.	LIPID

BIOCHIMIE - URINE	
<input type="checkbox"/> Analyse d'urine <input type="checkbox"/> Clairance de la créatinine + prise de sang (créatinine) Masse : _____ kg Taille: _____ cm <input type="checkbox"/> Créatinine 24 heures <input type="checkbox"/> Protéines 24 heures <input type="checkbox"/> Microalbumine 24 heures <input type="checkbox"/> Microalbumine miction <input type="checkbox"/> Autres: _____	ANUR CLAIR CR24 PRO24 MI24 MIMIC

MICROBIOLOGIE	
<input type="checkbox"/> Culture et antibiogramme <input type="checkbox"/> Mycose <input type="checkbox"/> B.K. <input type="checkbox"/> Parasite	
<b>NATURE DE L'ÉCHANTILLON</b>	
<input type="checkbox"/> Expectorations <input type="checkbox"/> Plaie (site) _____ <input type="checkbox"/> Urine (mi-jet)	<input type="checkbox"/> Nez <input type="checkbox"/> Selles <input type="checkbox"/> Hémo-culture
mi-jet : urine obtenue par mi-jets après désinfection dans un contenant stérile. Vérifiez avec le centre de prélèvements pour la procédure.	
<input type="checkbox"/> Autres: _____	

BIOCHIMIE - SANG	
Sans jeûne	
<input type="checkbox"/> Urée <input type="checkbox"/> Créatinine <input type="checkbox"/> Acide urique <input type="checkbox"/> Calcium <input type="checkbox"/> Magnésium <input type="checkbox"/> Protéines totales <input type="checkbox"/> Albumine <input type="checkbox"/> Bilirubine totale <input type="checkbox"/> CK <input type="checkbox"/> LDH <input type="checkbox"/> ALT <input type="checkbox"/> Troponine T <input type="checkbox"/> CK-MB masse <input type="checkbox"/> Hémoglobine glyquée <input type="checkbox"/> PSA <input type="checkbox"/> TSH <input type="checkbox"/> sous Synthroid <input type="checkbox"/> sous PTU	UREE GREAT ACUR CA MG PROT ALB BILT CK LDH ALT TNT CKMBM HBA1C PSA TSH

BIOCHIMIE - MÉDICAMENTS	
<b>Prendre votre médicament après le prélèvement.</b> Date et heure de la dernière dose A ____ / M ____ / J ____ à ____ h	
<input type="checkbox"/> Digoxin <input type="checkbox"/> Cyclosporine <input type="checkbox"/> Tacrolimus <input type="checkbox"/> Autres: _____	DIG CYCLO TACRO

CYTOLOGIE	
<input type="checkbox"/> Urine <input type="checkbox"/> Autres: _____	

SÉROLOGIE	
<input type="checkbox"/> Hépatite A IgG (VHA) <input type="checkbox"/> Hépatite A IgM (VHA) <input type="checkbox"/> Hépatite B HbsAg <input type="checkbox"/> Hépatite B anti-HbsAg <input type="checkbox"/> Hépatite C Ig (VHC) <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> VDRL <input type="checkbox"/> Monotest <input type="checkbox"/> ASO anti-streptolysine <input type="checkbox"/> RA-test facteur rhumatoïde <input type="checkbox"/> Rubéole igG Nombre de semaines de grossesse <input type="checkbox"/> Autres: _____	

HÉMATOLOGIE	
<input type="checkbox"/> FSC <input type="checkbox"/> Réticulocytes + FSC <input type="checkbox"/> Sédimentation + FSC <input type="checkbox"/> Typage lymphocytaire <input type="checkbox"/> Autres: _____	FSC RETI SEDI POPG

BANQUE DE SANG	
<input type="checkbox"/> Groupe sanguin <input type="checkbox"/> Recherche d'anticorps <input type="checkbox"/> Autres: _____	

COAGULATION	
<b>Prendre votre médicament après votre prélèvement</b>	
<input type="checkbox"/> PT / INR / Fibrinogène <input type="checkbox"/> PTT <input type="checkbox"/> PT + PTT <input type="checkbox"/> Coagulogramme <input type="checkbox"/> Dosage anti-Xa (DANAP) <input type="checkbox"/> Dosage anti-Xa (HEP) <input type="checkbox"/> Autres: _____	PT PTT PTPPT COAG DODA DOHE

Spécifiez ANTICOAGULOTHÉRAPIE	
<input type="checkbox"/> Coumadin <input type="checkbox"/> Héparine <input type="checkbox"/> Orgaran <input type="checkbox"/> Sintrom <input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Autres: _____	<input type="checkbox"/> Sous-cutané

DIVERS	
<input type="checkbox"/> Autres: _____	