

PRÉLEVEUR

* LOCALISATION _____

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

* NOM ET PRÉNOM LISIBLES _____

* NOM ET PRÉNOM COMPLETS **Geneviève Bélanger** * NO DE PERMIS **834379**

PRESCRIPTEUR

* TRANSMISSION DU RÉSULTAT À (NOM DE LA CLINIQUE) **Service-santé Télécopieur : 54152**

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

NOM DE LA CLINIQUE DU MD EN COPIE _____

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES SI _____

* RAMQ _____

* 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.

<input type="checkbox"/> Exposition accidentelle <input type="checkbox"/> SUIVI DE VACCINATION <input type="checkbox"/> Post-exposition <input type="checkbox"/> Autre (spécifier)	DEMANDE ANONYME : REpondant du Spécimen
Prélèvement : <input type="checkbox"/> Sang <input type="checkbox"/> Autre (Spécifier la nature et le site)	

ATTENTION : TOUTE DEMANDE INCOMPLÈTE REPRÉSENTE UNE NON-CONFORMITÉ POUVANT ALLER JUSQU'AU REJET DE L'ANALYSE NOTAMMENT EN CE QUI CONCERNE LA DOUBLE IDENTIFICATION DU SPÉCIMEN. DANS LE CAS D'UNE DEMANDE ANONYME, L'UTILISATION D'UN IDENTIFIANT UNIQUE + LA DATE DE NAISSANCE ET LE SEXE EST OBLIGATOIRE. DE PLUS, INSCRIRE OBLIGATOIREMENT LE NOM ET LES COORDONNÉES D'UN RÉPONDANT POUVANT FOURNIR RAPIDEMENT DES RENSEIGNEMENTS SUR LE PRÉLÈVEMENT DE L'EMPLOYÉ(E) EXPOSÉ(E) OU DU PATIENT SOURCE.

EXPOSITION ACCIDENTELLE (ACCTR)

L'ACCTR INCLUS :
 CHEZ L'EMPLOYÉ EXPOSÉ : ANTI-HBS, ANTI-VHC, VIH ET ALT
 CHEZ LE PATIENT SOURCE : AGHBS, ANTI-VHC ET VIH

NOTE :

- 2 TUBES À BOUCHON OR AVEC GEL SONT REQUIS ET DOIVENT ÊTRE STABILISÉS AU LABORATOIRE ≤ 2 HEURES.

(COMPLÉTER SVP)

EMPLOYÉ(E) EXPOSÉ(E) **PATIENT SOURCE**

RAMQ DE L'EMPLOYÉ(E) _____

RAMQ DU PATIENT SOURCE _____

UNITÉ OU SERVICE OÙ L'EXPOSITION A EU LIEU _____

SITE _____

AUTRE(S) DEMANDE(S)

MALADIES INFECTIEUSES

1 TO HÉPATITE B (AG HBS)
 ↓ HÉPATITE C (ANTI-VHC)
 1 TO VIH

TUBERCULOSE

QUANT TUBERCULOSE LATENTE (QUANTIFERON)
 (SYSTÈME DE PRÉLÈVEMENT SPÉCIFIQUE À SE PROCURER À VOTRE CENTRE DE DISTRIBUTION DE MATÉRIEL)

BIOCHIMIE

1 TO ALT (TRANSAMINASE GPT)

SÉROLOGIE

1 TO ACHBS HEPATITE B (SUIVI DE VACCINATION)
 1 TO PARVO PARVOVIRUS B-19 / (IgG)
 ↓ ROUGG ROUGEOLE / (IgG)
 VARIG VARICELLE / (IgG)
 1 TO RUBG RUBEOLE / (IgG)
 ↓ TOXG TOXOPLASMOSE / (IgG)

TO : TUBE À BOUCHON OR AVEC GEL (STABILISÉ ≤ 2 HEURES)

LABORATOIRE MULTIDISCIPLINAIRE DU CHU DE QUÉBEC-UNIVERSITÉ LAVAL (CHUL)