

**PRÉLEVEUR**

\* LOCALISATION \_\_\_\_\_

\* DATE PRÉL. :    /    /                      \* HEURE :    :    \_\_\_\_\_

\* NOM ET PRÉNOM LISIBLES \_\_\_\_\_

---

\* 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 \_\_\_\_\_

\* 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.*

Exposition accidentelle                       SUIVI DE VACCINATION
   
 Post-exposition                       Autre (spécifier) \_\_\_\_\_

Prélèvement :

Sang                       Autre (Spécifier la nature et le site) \_\_\_\_\_

DEMANDE ANONYME : REpondant du Spécimen

**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)**