CHU de Québec Université Laval

REQUÊTE D'ANALYSES - SPÉCIALISÉES - LABORATOIRE MULTIDISCIPLINAIRE

EFFACER

PRÉLEVEUR

LOCALISATION

DATE PRÉL. : / / HEURE : :

NOM ET PRÉNOM LISIBLES

PRESCRIPTEUR

NOM ET PRÉNOM COMPLETS NO DE PERMIS

TRANSMISSION DU RÉSULTAT

MD EN COPIE NO DE PERMIS

NOM DE LA CLINIQUE DU MD EN COPIE

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

RAMQ DOSSIER

SITE Nº CHAMBRE/CIVIÈRE

DATE DE NAISSANCE (AA/MM/JJ) SEXE M ☐ F ☐

NOM PRÉNOM

NOM DE LA MÈRE

ADRESSE

NO CIVIQUE/RUE APT

CODE POSTAL TÉLÉPHONE

GAZ SANGUINS

Type de prélèvement (sang total)

☐ **GAZA** Artériel
☐ **GAZC** Capillaire
☐ **GAZV*** Veineux **Collant rose sur le bouchon SAUF pour les micro-méthodes.*

Électrolytes/métabolites? ☐ Oui ☐ Non

Mode de ventilation : _____

OR ☐ CAIOS Calcium ionisé **mesuré** sérique
*(**Prélèvement veineux**, seringue LineDraw acceptée)*

DIVERS

LAV, J12, Glace — ☐ **HOMOC** Homocystéine
OR, J8, Noirceur — ☐ **BCARO** β-carotène; ☐ **VITA** Vitamine A; ☐ **VITE** Vitamine E
VERT, J8, Glace — ☐ **VITC** Vitamine C

IMMUNOLOGIE OU MÉTABOLISME ÉRYTHROCYTAIRE

OR ☐ **AAFI** Anticorps anti-facteur intrinsèque
OR ☐ **ANA** Anticorps antinucléaires
OR ☐ **ATRAN** Anticorps antitransglutaminase IgA
OR ☐ **C3C4** Complément (C3 et C4)
OR ☐ **RF** Facteur rhumatoïde (RA test)

** Collant rose sur le bouchon SAUF pour les micro-méthodes.*

Rouge * ☐ **CH50** Complément CH50
BLEU + OR * ☐ **C1INH** Inhibiteur C1 estérase

MALADIES INFECTIEUSES (SÉROLOGIE)

OR ☐ **CMVG** Cytomégalovirus IgG ☐ **CMVM** IgM
OR ☐ **HPYLS** Hélicobacter pylori
OR ☐ **HERPG** Herpes simplex IgG ☐ **(Type 1)** ☐ **(Type 2)**
OR ☐ **ASO** Antistreptolysine O (Anticorps)
OR ☐ **MONOS** Mononucléose (Anticorps)
OR ☐ **SYPHS** Syphilis → ( ) Stade primaire
↓ ☐ **VIH** VIH (routine)

OR ☐ **PARVG** Parvovirus IgG ☐ **PARVM** Parvovirus IgM
OR ☐ **VARIG** Varicelle IgG ☐ **VARIM** Varicelle IgM
OR ☐ **OREG** Oreillons IgG
OR ☐ **ROUGG** Rougéole IgG
OR ☐ **RUBG** Rubéole IgG ☐ **RUBM** Rubéole IgM
↓ ☐ **TOXG** Toxoplasmose IgG ☐ **TOXM** Toxoplasmose IgM

ACCIDENT DE TRAVAIL / CONTACT AVEC LIQUIDES BIOLOGIQUES

2 OR ☐ **Accident de travail / contact avec liquides biologiques HORS-CHU***
(ACCTR Réservé Labo. Sérologie anti-HCV / Hépatite B / VIH dosées en urgence)
***Gestion par les Urgences et non par SST car non employé du CIUSSS ni du CHU)**

Bleu *Bouchon bleu*
Rouge *Bouchon rouge sans gel*
HCL *Préservatif avant la collecte*
LAV *Bouchon lavande*
OR *Bouchon OR avec gel*

HÉMOSTASE

BLEU Facteurs du Temps de Quick
☐ **FII** ☐ **FV** ☐ **FVII** ☐ **FX**
Facteurs du Temps de céphaline activé
↓ ☐ **FVIII** ☐ **FIX** ☐ **FXI** ☐ **FXII**
OR ☐ **AACL** Anticorps Anticardiolipine
↓ ☐ **AB2GP** Anti-β2 Glycoprotéine 1
2 BLEU ☐ **ANTCJ** Anticoagulant type lupique
BLEU ☐ **FVW** Facteur Von Willebrand
BLEU ☐ **ATAC** Antithrombine
BLEU ☐ **PROS** Protéine S
↓ ☐ **PROC** Protéine C *(différent de CRP)*
BLEU ☐ **ANTXA** Dosage anti-Xa *Obligatoire de spécifier le type d'héparine :*
☐ **(LOVE)** Lovenox ☐ **(FRAG)** Fragmin ☐ **(INNOH)** Innohep
☐ **(HEPA)** Héparine std ☐ Autre : _____

BLEU ☐ **A2AP** Alpha-2 antiplasmine
☐ **FXIII** Facteur XIII
☐ **PLASM** Plasminogène
↓ ☐ **CRYOF** Cryofibrinogène

URINE – COLLECTE DE 24 HEURES

Indiquer la date et les heures de début et de fin lors d'une collecte de 24 heures.

Début : Date : / / Heure : :
Fin : Date : / / Heure : :

☐ **CAT24** Catécholamines urinaires **(HCl)**

☐ **CLCRE** **Clairance créatinine** *Envoyer 1 VE/OR en plus*
Taille : _____ m (mètre) Poids : _____ kg
Indiquer le poids (kg) et la taille (mètre)

☐ **CRE24** **Créatinine**
☐ **ELE24** Électrophorèse protéines urinaires
☐ **MAL24** **Microalbumine** : 24 h
☐ **OSM24** Osmolalité
☐ **MET24** Métanéphrines et normétanéphrines **(HCl)**
☐ **PRO24** Protéines

AUTRES ANALYSES OU DEMANDES SPÉCIALES

Si une requête d'analyse – GÉNÉRALE est également requise (complétée) pour le même patient, s.v.p. brochez les deux feuilles.