

Nom à la naissance :

Prénom :

Date de naissance :

RAMQ :

Téléphone au domicile :

Prélevé par : _____ Date : ____-____-____ Heure : ____:____

Centres de prélèvements
De la Pinière, de 06 :15 à 14 :00 Meilleur (Iberville), de 06 :15 à 14 :00
3195 Boul. de la Pinière, Terrebonne, local 107 1124, boul. Iberville, Repentigny, local 101

Prise de RDV directement sur le site Web de Clic Santé :
www.cisss-lanaudiere.gouv.qc.ca section : prélèvements
450-752-2772 ou 1-833-991-2663

Présenter cette feuille et la carte de la RAMQ lors de la prise de sang

A JEUN (pendant 8 heures) À partir de minuit. Ne pas fumer le matin. Eau permise. La veille, souper léger sans gras	A JEUN (pendant 12 heures) La veille, souper léger sans gras. Eau permise.	Section réservée au laboratoire	Tampon préleveur
<input type="checkbox"/> GLU Glucose	<input checked="" type="checkbox"/> CHOL Cholestérol <input checked="" type="checkbox"/> TRIG Triglycérides <input checked="" type="checkbox"/> HDL HDL (et LDL)		

NON À JEUN BIOCHIMIE <input checked="" type="checkbox"/> CREA Créatinine <input checked="" type="checkbox"/> NA Sodium <input checked="" type="checkbox"/> K Potassium <input type="checkbox"/> ALT ALT <input type="checkbox"/> CK CK <input type="checkbox"/> GGT GGT <input type="checkbox"/> PALC Phosphatase alcaline <input type="checkbox"/> BILI Bilirubine totale <input type="checkbox"/> BILIN Bilirubine néonatale Bilimètre #: _____ Lecture _____ <input type="checkbox"/> AURI Acide urique <input type="checkbox"/> CA Calcium <input type="checkbox"/> PHOS Phosphore <input type="checkbox"/> EPRO Électrophorèse des protéines Patient anticoagulé ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Info Clinique : _____ <input type="checkbox"/> ALB Albumine <input type="checkbox"/> PROT Protéines totales <input type="checkbox"/> APS APS (PSA) <input type="checkbox"/> FERR Ferritine <input type="checkbox"/> CEA CEA <input checked="" type="checkbox"/> HBG Hb glyquée <input type="checkbox"/> TSH Bilan thyroïdien <input type="checkbox"/> TPO Ac anti-thyroïdiens <input type="checkbox"/> FSH FSH <input type="checkbox"/> LH LH <input type="checkbox"/> HCG HCG quantitatif <input type="checkbox"/> NOHDL Non-HDL- cholestérol <input type="checkbox"/> CORT Cortisol <input type="checkbox"/> AM (à 8h au CLSC) <input type="checkbox"/> PM (à 16h au HPLG)	NON À JEUN URINES <input type="checkbox"/> ANUR Analyse de routine <input type="checkbox"/> TGRO Épreuve de grossesse <input type="checkbox"/> MALBM Microalbuminurie sur miction <input type="checkbox"/> MALB Microalbuminurie <input type="checkbox"/> urines de 24h <input type="checkbox"/> urines nocturnes → Note à l'usager, voir au verso # 5 <input type="checkbox"/> CLCRE Clairance de la créatinine Poids : _____ kg Taille : _____ cm → Nécessite aussi une prise de sang Note à l'usager, voir au verso # 4 SELLES <input type="checkbox"/> RSOSI Recherche de sang occulte par méthode immunologique* <input type="checkbox"/> SSEL Recherche de sang (Gaïac)* → Note à l'usager, voir au verso # 3 HÉMATOLOGIE <input checked="" type="checkbox"/> FSC Formule sanguine complète <input type="checkbox"/> HBHT Numération globulaire <input type="checkbox"/> RETIC Réticulocytes <input type="checkbox"/> MONOT Monotest <input type="checkbox"/> ANA A.N.A. <input type="checkbox"/> DNA D.N.A. BANQUE DE SANG <input type="checkbox"/> GROU Groupe + rech. d'anticorps <input type="checkbox"/> AGGL Agglutinines froides (37°C) <input type="checkbox"/> CDIR Coombs direct polyvalent → Note à l'usager, voir au verso # 7 DÉPISTAGE TRISOMIE <input type="checkbox"/> TRIS1 Trisomie 21 1 ^{er} cycle (10 ^e -13 ^e semaine) <input type="checkbox"/> TRIS2 Trisomie 21 2 ^e cycle (14 ^e -16 ^e semaine) (HCG, Oestriol, AFP et Inhibine A) → Note à l'usager, voir au verso # 8	NON À JEUN COAGULATION Obligatoire Patient anticoagulé ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Indiquez l'anticoagulant: <input type="checkbox"/> Coumadin <input type="checkbox"/> Héparine Autres, spécifiez : _____ <input type="checkbox"/> FIBRI Fibrinogène <input checked="" type="checkbox"/> PT T. de prothrombine (INR) <input checked="" type="checkbox"/> PTT Temps de céphaline act. <input type="checkbox"/> COAS Coagulogramme simple (PT, PTT et plaquettes) <input type="checkbox"/> HEPAR Dosage anti-Xa, (HFPM) type d'héparine _____ <input type="checkbox"/> BITHR Bilan de Thrombose * <input type="checkbox"/> LUPIQ Anticoagulants circulants * <input type="checkbox"/> PROTC Protéine C * <input type="checkbox"/> PROTS Protéine S * <input type="checkbox"/> ATIII Antithrombine III * <input type="checkbox"/> PROCA Résist. à la prot. C activée* BACTÉRIOLOGIE <input type="checkbox"/> URIMJ Culture d'urine mi-jet seulement <input type="checkbox"/> SURI Culture d'urine selon nature et site <input type="checkbox"/> sonde <input type="checkbox"/> sac pédiatrique <input type="checkbox"/> cathétérisme <input type="checkbox"/> ponction vésicale PCR <input type="checkbox"/> Chlamydia trachomatis (PCR) <input type="checkbox"/> Neisseria gonorrhoeae (PCR) précisez : _____ <input type="checkbox"/> urine <input type="checkbox"/> col <input type="checkbox"/> urètre <input type="checkbox"/> endocol → Note à l'usager, voir au verso # 6	NON À JEUN SÉROLOGIE <input type="checkbox"/> HAV Anti-Hav IgM <input type="checkbox"/> HBSAG HBs Ag <input type="checkbox"/> HBSAC Anti-HBs <input type="checkbox"/> AHBC Anti-HBc <input type="checkbox"/> HCV Anti-HCV <input type="checkbox"/> HCVRN HCV RNA (qualitatif) <input type="checkbox"/> CVHCV Charge virale HCV (quantitatif) spécifiez : pré traitement <input type="checkbox"/> ou depuis _____ semaines <input type="checkbox"/> GENHC Génotype HCV <input type="checkbox"/> HIV VIH (dépistage) <input type="checkbox"/> SYPHD Syphilis (dépistage) <input type="checkbox"/> RPRT Syphilis (suivi) <input type="checkbox"/> RUBE Rubéole IgG (dépistage) <input type="checkbox"/> TOXO Toxoplasmose précisez <input type="checkbox"/> Dépistage ou <input type="checkbox"/> IgM <input type="checkbox"/> GCMV Cytomégalovirus IgG (Dépistage) <input type="checkbox"/> MCMV Cytomégalovirus IgM (cas aigu) <input type="checkbox"/> HERP1 HSV-1 Herpes type 1 IgG <input type="checkbox"/> HERP2 HSV-2 Herpes type 2 IgG <input type="checkbox"/> GPARV Parvovirus B-19 IgG (dépistage) <input type="checkbox"/> MPARV Parvovirus B-19 IgM (cas aigu) <input type="checkbox"/> VZG Varicelle/zona (dépistage) <input type="checkbox"/> VZM Varicelle/zona (cas aigu) <input type="checkbox"/> EBVCO EBV VCA (Epstein Barr dépistage) <input type="checkbox"/> HELI Hélicobacter pylori <input type="checkbox"/> MYCOM Mycoplasma pneumoniae (IgM) <input type="checkbox"/> RA RA test (facteur rhumatoïde) <input type="checkbox"/> ASO Antistreptolysine O
---	---	--	--

EXAMENS AVEC EXIGENCES PARTICULIÈRES

A JEUN (pendant 8 h, ne pas fumer, eau permise) <input type="checkbox"/> GLU1 Glycémie 1h post 50 g à la 26 ^{ème} semaine de grossesse <input type="checkbox"/> LACT Épreuve au lactose (2 h) <input type="checkbox"/> XYLO Épreuve au xylose (2 h)	A JEUN (pendant 8 h, pas fumer, eau permise) <input type="checkbox"/> GLU2G Hyperglycémie 2h post 75g pour femme enceinte → Note à l'usager, voir au verso # 1 <input type="checkbox"/> GLU2 Hyperglycémie 2h post 75g → Note à l'usager, voir au verso # 1 <input type="checkbox"/> GLUPC Glycémie _____hre(s) p.c. <input type="checkbox"/> 75 g de glucose → Note à l'usager, voir au verso # 2	NON À JEUN <input type="checkbox"/> BIMMU Bilan immunodéficience (mardi-mercredi et jeudi) <input type="checkbox"/> IPSLP Immunophénotype SLP (mardi) <input type="checkbox"/> CHBA2 Chromatographie de l'Hb (du lundi au vendredi) <input type="checkbox"/> HB27 HLA B27	MÉDICAMENTS Note à l'usager ne prendre aucun médicament le matin avant le prélèvement, le prendre après. NON À JEUN <input type="checkbox"/> AVAL Acide valproïque <input type="checkbox"/> CARBA Carbamazépine <input type="checkbox"/> DIGO Digoxine <input type="checkbox"/> PHENY Dilantin <input type="checkbox"/> LI Lithium <input type="checkbox"/> THEO Théophylline <input type="checkbox"/> VANCO Vancomycine <input type="checkbox"/> TOBR Tobramycine Dernière dose : _____
--	--	--	---

AUTRES ANALYSES (À JEUN 8 h, eau permise)
Au médecin, SVP en caractères d'imprimerie

Dx : _____

ACCUEIL CLINIQUE

ADRESSE DE RETOUR (Obligatoire)

Adresse : _____
Code postal : _____
Télécopieur : _____

Signature du médecin