

REQUÊTE D'ANALYSE DE LABORATOIRE

Important : Tout formulaire non identifié ou non signé sera refusé

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

Date de l'ordonnance : _____

Prélèvement à faire le : _____

Prescripteur :

Médecin (en lettre moulée) : _____

No permis : _____ Signature : _____

Envoyer copie à : _____

Identification du patient

No. Dossier : _____

RAMQ : _____

Nom, prénom : _____

Renseignements cliniques :

Apposer l'étiquette code-barres de la requête ici



Date et heure de prélèvement : _____

MICROBIOLOGIE

Est-ce que le patient prend des ANTIBIOTIQUES : OUI NON **Le ou lesquels :**

BIOPSIE (spécifier) : _____ Culture bactérienne Culture de mycoses
 Culture de mycobactéries Autres : _____

GASTRO-INTESTINAL

Anus / Péréal → Culture bactérienne ANU0B Recherche d'Oxyures (Scotch Tape) ANU0P

Selles → Culture bactérienne (routine) SELOB Recherche de Clostridium difficile (toxine) SELCB

Détection antigène rotavirus SEL1V

Recherche de Parasites SEL0P (Justification) : → Chronique (>14j) Immunosupprimé

Retour voyage Selle sanglante

Garderie Écllosion

HARSAH Immigration

GÉNITAL

Col → PCR Chlamydia / N. gonorrhoeae T. vaginalis COLMU Culture N. gonorrhoeae COLOB

Urètre → Culture N. gonorrhoeae URE0B PCR chlamydia / N. gonorrhoeae UREMU

Vagin → Protocole standard (gram) VAG0B Recherche de levures VAG1M

Culture N. gonorrhoeae VAG2B

PCR Chlamydia / N. gonorrhoeae / T.vaginalis VAGMU

Autres : _____

Vagin / Anus (grossesse) → Recherche de Streptocoque groupe B VAGHB

Anus → PCR Chlamydia / N. gonorrhoeae T. vaginalis ANUMU Culture N. gonorrhoeae ANU2B

LIQUIDE Cocher si mis dans une bouteille d'hémoculture

Articulaires (synovial) (Spécifier) : _____ ART...

Culture bactérienne ...0B

Recherche de mycobactéries ...0K

Recherche de mycoses ...0M

Autres : _____

ŒIL

Humeur vitré HUM...

Cornée COR...

Culture bactérienne ...0B

Recherche de mycoses ...0M

Conjonctive OEI...

Autres : _____

Recherche de mycobactéries ...0K

Autres : _____

MICROBIOLOGIE (SUITE)

Est-ce que le patient prend des ANTIBIOTIQUES : OUI NON **Le ou lesquels :**

<p><u>OREILLE</u></p> <p><input type="checkbox"/> Externe ORE... <input type="checkbox"/> Moyenne ORM...</p>	<p><input type="checkbox"/> Culture bactérienne ...OB <input type="checkbox"/> Autres : _____</p> <p><input type="checkbox"/> Recherche de mycoses ...OM</p>
<p><u>PLAIE / PUS / AUTRES</u></p> <p><input type="checkbox"/> Abcès/Ponction/spécimen chirurgical PUP...Site : _____</p> <p><input type="checkbox"/> Plaie PUS... Site : _____</p> <p><input type="checkbox"/> Autres : _____</p>	<p><input type="checkbox"/> Culture bactérienne ...OB <input type="checkbox"/> Actinomyces PUPJB</p> <p><input type="checkbox"/> Recherche de mycobactéries ...OK <input type="checkbox"/> Autres : _____</p> <p><input type="checkbox"/> Recherche de champignons/mycoses ...OM</p>
<p><u>PRÉVENTION DES INFECTIONS</u></p> <p><input type="checkbox"/> Nez NEZ...</p> <p><input type="checkbox"/> Écouvillon rectal ANU...</p> <p><input type="checkbox"/> Autres : _____</p>	<p><input type="checkbox"/> S. aureus R. méthicilline (SARM) ...SA</p> <p><input type="checkbox"/> Enterocoque R. vancomycine (ERV) ...RV</p> <p><input type="checkbox"/> BGNPC (carbapénémase) ...XR</p> <p><input type="checkbox"/> Autres : _____</p>
<p><u>RESPIRATOIRE INFÉRIEUR</u></p> <p><input type="checkbox"/> Sécrétion endo-trachéale SBR...</p> <p><input type="checkbox"/> Expectoration EXP...</p> <p><input type="checkbox"/> Gorge GOR...</p> <p><input type="checkbox"/> Lavage broncho-alvéolaire LBA... (Protocole BAL)</p>	<p><input type="checkbox"/> Culture bactérienne ...OB</p> <p><input type="checkbox"/> Recherche de champignons/mycoses ...OM</p> <p><input type="checkbox"/> Recherche de mycobactéries ...OK</p> <p><input type="checkbox"/> Légionella ...AB</p>
<p><u>URINE PRÉLÈVEMENT DE ROUTINE</u></p> <p><input type="checkbox"/> Mi-Jet URI... <input type="checkbox"/> Via sonde à demeure URI...</p> <p><input type="checkbox"/> Sac URI...</p>	<p><input type="checkbox"/> Culture bactérienne ...OB</p> <p><input type="checkbox"/> Autres : _____</p>
<p><input type="checkbox"/> Premier jet <input type="checkbox"/> PCR Chlamydia / N. gonorrhoeae / T. Vaginalis URIMU</p>	
<p><u>URINE PRÉLÈVEMENT SPÉCIAL STÉRILE</u></p> <p><input type="checkbox"/> Cathétérisme UCY... <input type="checkbox"/> Aspiration sus pubienne UCY...</p> <p><input type="checkbox"/> Urétérostomie / néphrostomie UCY... <input type="checkbox"/> Cytoscopie UCY...</p>	<p><input type="checkbox"/> Culture bactérienne ...OB</p> <p><input type="checkbox"/> Autre : _____</p>
<p><u>MYCOSE SUPERFICIELLE</u></p> <p><input type="checkbox"/> Cheveux / Poils CHE0M <input type="checkbox"/> Squame SQU0M <input type="checkbox"/> Ongle ONG0M</p>	
<p><u>GORGE</u></p> <p><input type="checkbox"/> Culture bactérienne GOR0B <input type="checkbox"/> Streptest GOR8B <input type="checkbox"/> Fibrose kystique GORFK</p>	
<p><u>NASOPHARYNX</u></p> <p><input type="checkbox"/> PCR multiplex Influenza A/B et RSV NAS3V / NAS4V</p> <p><input type="checkbox"/> PCR Bordetella pertussis NAS8B</p> <p><input type="checkbox"/> Culture virale / PCR multiplex respiratoire NAS0V</p>	
<p><u>NASOPHARYNX/GORGE/EXPECTORATION/EXPECTORATION INDUITE/LAVAGE NASAL/SÉCRÉTIONS ENDOTRACHÉALES (encercler)</u></p> <p>Coronavirus - Remplir obligatoirement la requête provinciale du MSSS: REQUÊTE COVID-19</p>	
<p><u>VÉSICULE MUCO CUTANÉE</u></p> <p>Site de prélèvement (précisez) : _____</p>	<p><input type="checkbox"/> Recherche herpès simplex 1 & 2 et varicelle / Zona PHSVZ</p> <p><input type="checkbox"/> Autres : _____</p>
<p><u>AUTRE DEMANDE</u></p> <p>Échantillon : _____ Analyse(s) : _____</p>	
<p><u>TIQUE</u> TIQ0B</p> <p>Dates/lieux visités <2 semaines : _____</p>	