

**Centres de prélèvements**

**CLSC Lamater**, de 06 :15 à 09 :45  
3195 Boul. de la Pinière, Terrebonne, local 107  
**450-471-2883**

**CLSC Meilleur**, de 06 :15 à 09:45  
1124, boul. Ibarville, Repentigny, local 204  
**450-654-3879**

Les centres de prélèvements sont ouverts du lundi au vendredi sauf les jours de congé férié.

La journée de vos examens, **apportez:**

- 1 ce formulaire
- 2 votre carte d'assurance maladie

Nom à la naissance :

Prénom :

Date de naissance :

RAMQ :

Téléphone au domicile :

Prélevé par : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_ Heure : \_\_\_\_:\_\_\_\_

Pour les examens suivants, présentez-vous **SANS RENDEZ-VOUS** à votre centre de prélèvements.

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

NON À JEUN	NON À JEUN	NON À JEUN	NON À JEUN
<b>BIOCHIMIE</b> <input checked="" type="checkbox"/> CREA Créatinine <input checked="" type="checkbox"/> NA Sodium <input checked="" type="checkbox"/> K Potassium <input checked="" 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 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)	<b>URINES</b> <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'utilisateur, voir au verso #6 <input type="checkbox"/> CLCRE Clairance de la créatinine Poids : _____ kg Taille : _____ cm * Nécessite aussi une prise de sang Note à l'utilisateur, voir au verso #5 <b>SELLES</b> <input type="checkbox"/> RSOSI Recherche de sang occulte par méthode immunologique* <input type="checkbox"/> SSEL Recherche de sang (Gaiac)* Note à l'utilisateur, voir au verso #4 <b>HÉMATOLOGIE</b> <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.	<b>COAGULATION</b> 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 type="checkbox"/> PT T. de prothrombine (INR) <input type="checkbox"/> PTT Temps de céphaline act. <input type="checkbox"/> COAS Coagulogramme simple (PT, PTT et plaquettes) <input type="checkbox"/> HEPAR Dosage anti-Xa, 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* Note à l'utilisateur, voir au verso #7 <b>BACTÉRIOLOGIE</b> <input type="checkbox"/> URIMJ Culture d'urine mi-jet seulement <input type="checkbox"/> SURJ 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 <b>PCR</b> <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'utilisateur, voir au verso #8	<b>SÉROLOGIE</b> <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) précisez : 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 Cytomégalo virus IgG (Dépistage) <input type="checkbox"/> MCMV Cytomégalo virus 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 Helicobacter 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**

Pour les examens suivants, veuillez <b>PRENDRE UN RENDEZ-VOUS</b> entre 08 :00 et 16 :00 du lundi au vendredi CLSC Lamater 450-471-2883 ou Meilleur 450-654-3879	Examens <b>SANS RENDEZ-VOUS</b> Présentez-vous à votre CLSC selon les analyses demandées	MÉDICAMENTS Note à l'utilisateur, ne prendre aucun médicament le matin avant le prélèvement, le prendre après.
---	--	---

<b>A JEUN</b> (pendant 8 h, ne pas fumer, eau permise) <input type="checkbox"/> GLU1 Glycémie 1h post 50 g à la 26 <sup>ème</sup> semaine de grossesse Note à l'utilisateur, voir au verso #1 <input type="checkbox"/> LACT Épreuve au lactose (2 h) <input type="checkbox"/> XYLO Épreuve au xylose (2 h)	<b>A JEUN</b> (pendant 12 h, pas fumer, eau permise) <input type="checkbox"/> GLU2G Hyperglycémie 2h post 75g pour femme enceinte Note à l'utilisateur, voir au verso #2 <input type="checkbox"/> GLU2 Hyperglycémie 2h post 75g Note à l'utilisateur, voir au verso #2 <input type="checkbox"/> GLUPC Glycémie _____ hre(s) p.c. <input type="checkbox"/> 75 g de glucose Note à l'utilisateur, voir au verso #3	<b>NON À JEUN</b> <input type="checkbox"/> BIMMU Bilan immunodéficiences (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	<b>NON À JEUN</b> <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 : _____
--	--	---	---

<b>AUTRES ANALYSES</b> (A JEUN 8 h, eau permise) Au médecin, SVP en caractères d'imprimerie. <input checked="" type="checkbox"/> CL <input checked="" type="checkbox"/> CRP	Dx : _____ <b>ACCUEIL CLINIQUE</b>	<b>ADRESSE DE RETOUR (Obligatoire)</b> Nom et prénom du médecin : _____ Adresse : _____ Code postal : _____ Copieur : _____ Fax 450-470-2646 Signature du médecin : _____ No de pratique : _____ Date : _____
---	---------------------------------------	--

## Informations complémentaires

### 1. Glycémie 1 heure post 50 g

Pour les patients qui se présentent au CLSC Lamater et au CLSC Meilleur: vous devez obtenir de votre pharmacie la solution de glucose appropriée ( Glucodex) à l'examen prescrit. Afin de respecter le délai prescrit pour l'examen, vous devez attendre, pour boire la solution de glucose, d'avoir rencontré la technicienne de votre centre de prélèvements.

### 2. Hyperglycémie 2 heures post 75 g de glucose

Durant les trois (3) jours qui précèdent l'épreuve vous devez consommer une quantité normale de glucides (produits sucrés). Vous ne devez donc pas restreindre votre consommation habituelle en glucides.

Pour les patients qui se présentent au CLSC Lamater et au CLSC Meilleur: vous devez obtenir de votre pharmacie la solution de glucose ( Glucodex) appropriée à l'examen prescrit. Afin de respecter le délai prescrit pour l'examen, vous devez attendre, pour boire la solution de glucose, d'avoir rencontré la technicienne de votre centre de prélèvements.

### 3. Glycémie PC

Si votre médecin vous a prescrit un repas, vous recevrez les instructions quant à la diète sur place par les technologistes

Pour le test de 75 g : Vous devez obtenir de votre pharmacie la solution de glucose appropriée (Glucodex) à l'examen prescrit. Afin de respecter le délai prescrit pour l'examen, vous devez attendre, pour boire la solution de glucose, d'avoir rencontré la technicienne de votre centre de prélèvements.

### 4. Recherche de sang dans les selles

Présentez-vous, au centre de prélèvement de votre CLSC (entre 07:00 à 10:30 du lundi au vendredi), ou au secrétariat des laboratoires de l'hôpital, Pierre-Le Gardeur (entre 08:00 et 15:45 du lundi au vendredi) pour obtenir les contenants nécessaires aux prélèvements et les instructions détaillées.

### 5. Clairance de la créatinine

Cet examen exige 2 visites à votre centre de prélèvements :

Présentez-vous au centre de prélèvements de votre CLSC (entre 07:00 et 10:30 du lundi au vendredi), pour obtenir le contenant nécessaire à la collecte urinaire de 24 heures.

Le matin où la collecte urinaire se termine, présentez-vous au centre de prélèvements de votre CLSC pour le ou les prélèvements sanguins.

### 6. Collecte urinaire

Pour toutes analyses effectuées sur une collecte urinaire, vous devez vous présenter, au centre de prélèvement de votre CLSC entre 07:00 et 10:30 ou au secrétariat des laboratoires de l'hôpital Pierre-Le Gardeur (entre 08:00 et 15:45 du lundi au vendredi) pour obtenir le contenant approprié aux analyses prescrites.

Au cours de la collecte des urines, conserver le contenant au réfrigérateur.

### 7. \*BILAN DE THROMBOSE, \*Anticoagulants circulants, \*Protéine C, \*Protéine S, \*Antithrombine III, \*Résist. à la prot. C activée

Pour effectuer les analyses parmi celles énumérées ci-haut., vous devrez vous présenter à 07:30 ou 09:30 et vous adresser directement au secrétaire à votre arrivée.

### 8. Chlamydia et Neisseria par PCR (urine)

Ne pas uriner dans l'heure qui précède le prélèvement. Recueillir les premiers 15 à 20 ml d'urine dans un godet et transférer dans le tube conique à bouchon rouge prévu à cette fin.

### 9. Banque de sang

- Sur la requête, la signature complète du préleveur ainsi que la date et l'heure doivent être complètes.
- Sur le spécimen, initiales, date et heure doivent être inscrites sur l'étiquette du tube.

10. Voici les analyses les plus communes qui nécessitent un formulaire dûment complété. Il est important de toujours vérifier dans le guide du labo pour s'assurer de fournir tous les documents nécessaires à l'analyse à effectuer.

ANALYSES	FORMULAIRES	# DE FORMULAIRES
TRISOMIE 21	✓	AH-611 (fournie par le médecin)
GÉNOTYPE		Fournir le formulaire de consentement