

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.ciasss-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

GLU Glucose

CHOL Cholestérol
TRIG Triglycérides
HDL HDL (et LDL)

NON À JEUN

NON À JEUN

NON À JEUN

NON À JEUN

BIOCHIMIE
CREA Créatinine
NA Sodium
K Potassium
ALT ALT
CK CK
GGT GGT
PALC Phosphatase alcaline
BILI Bilirubine totale
BILIN Bilirubine néonatale
Bilmètre #: _____ Lecture _____

URINES
ANUR Analyse de routine
TGRO Épreuve de grossesse
MALBM Microalbuminurie sur miction
MALB Microalbuminurie
urines de 24h urines nocturnes
Note à l'utilisateur, voir au verso #5
CLCRE Clairance de la créatinine
Poids : _____ kg Taille : _____ cm
Nécessite aussi une prise de sang
Note à l'utilisateur, voir au verso #4

COAGULATION Obligatoire
Patient anticoagulé ? Non Oui
Indiquez l'anticoagulant:
 Coumadin Héparine
Autres, spécifiez : _____
FIBRI Fibrinogène
PT T. de prothrombine (INR)
PTT Temps de céphaline act.
COAS Coagulogramme simple (PT, PTT et plaquettes)
HEPAR Dosage anti-Xa, type d'héparine (HFPM) _____
BITHR Bilan de Thrombose *
LUPIQ Anticoagulants circulants *
PROTC Protéine C *
PROTS Protéine S *
ATIII Antithrombine III *
PROCA Résist. à la prot. C activée *

SÉROLOGIE
HAV Anti-Hav IgM
HBSAG HBs Ag
HBSAC Anti-HBs
AHBC Anti-HBc
HCV Anti-HCV
HCVRN HCV RNA (qualitatif)
CVHCV Charge virale HCV (quantitatif)
spécifiez : pré traitement
ou depuis _____ semaines
GENHC Génotype HCV
HIV (dépistage)
SYPHD Syphilis (dépistage)
RPRT Syphilis (suivi)
RUBE Rubéole IgG (dépistage)
TOXO Toxoplasmose
précisez Dépistage ou IgM
GCMV Cytomégalovirus IgG (Dépistage)
MCMV Cytomégalovirus IgM (cas aigu)
HERP1 HSV-1 Herpes type 1 IgG
HERP2 HSV-2 Herpes type 2 IgG
GPARV Parvovirus B-19 IgG (dépistage)
MPARV Parvovirus B-19 IgM (cas aigu)
VZG Varicelle/zona (dépistage)
VZM Varicelle/zona (cas aigu)
EBVCO EBV VCA (Epstein Barr dépistage)
HELI Helicobacter pylori
MYCOM Mycoplasma pneumoniae (IgM)
RA RA test (facteur rhumatoïde)
ASO Antistreptolysine O

Patient anticoagulé ? Non Oui
Info Clinique :
ALB Albumine
PROT Protéines totales
APS (PSA)
FERR Ferritine
CEA CEA
HBG Hb glyquée
TSH Bilan thyroïdien
TPO Ac anti-thyroïdiens
FSH FSH
LH LH
HCG HCG quantitatif
NOHDL Non-HDL- cholestérol
CORT Cortisol AM (à 8h au CLSC)
 PM (à 16h au HPLG)

SELLES
RSOSI Recherche de sang occulte par méthode immunologique *
SSEL Recherche de sang (Gaïac) *
Note à l'utilisateur, voir au verso #3

BACTÉRIOLOGIE
URIMJ Culture d'urine mi-jet seulement
SURI Culture d'urine selon nature et site
 sonde sac pédiatrique
 cathétérisme ponction vésicale

HÉMATOLOGIE
FSC Formule sanguine complète
HBHT Numération globulaire
RETIC Réticulocytes
MONOT Monotest
ANA A.N.A.
DNA D.N.A.

BANQUE DE SANG
GROU Groupe + rech. d'anticorps
AGGL Agglutinines froides (37°C)
CDIR Coombs direct polyvalent
Note à l'utilisateur, voir au verso #7

DÉPISTAGE TRISOMIE
TRIS1 Trisomie 21 1^{er} cycle (10^e-13^e semaine)
TRIS2 Trisomie 21 2^e cycle (14^e-16^e semaine) (HCG, Oestriol, AFP et Inhibine A)
Note à l'utilisateur, voir au verso #8

PCR
Chlamydia trachomatis (PCR)
Neisseria gonorrhoeae (PCR)
précisez :
urine col urètre endocol
Note à l'utilisateur, voir au verso #6

EXAMENS AVEC EXIGENCES PARTICULIÈRES

A JEUN (pendant 8 h, ne pas fumer, eau permise)
GLU1 Glycémie 1h post 50 g à la 26^{ème} semaine de grossesse
LACT Épreuve au lactose (2 h)
XYLO Épreuve au xylose (2 h)

A JEUN (pendant 8 h, pas fumer, eau permise)
GLU2G Hyperglycémie 2h post 75g pour femme enceinte
Note à l'utilisateur, voir au verso #1
GLU2 Hyperglycémie 2h post 75g
Note à l'utilisateur, voir au verso #1
GLUPC Glycémie _____ hre(s) p.c. 75 g de glucose
Note à l'utilisateur, voir au verso #2

NON À JEUN
BIMMU Bilan immunodéficience (mardi-mercredi et jeudi)
IPSLP Immunophénotype SLP (mardi)
CHBA2 Chromatographie de l'Hb (du lundi au vendredi)
HB27 HLA B27

MÉDICAMENTS
Note à l'utilisateur ne prendre aucun médicament le matin avant le prélèvement, le prendre après.
NON À JEUN
AVAL Acide valproïque
CARBA Carbamazépine
DIGO Digoxine
PHENY Dilantin
LI Lithium
THEO Théophylline
VANCO Vancomycine
TOBR Tobramycine
Dernière dose : _____

NON À JEUN
COAC Coagulogramme complet plaquettes, PT, PTT, fibrinogène, FXIII

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

Dx : _____
40x 450-470-2646

ADRESSE DE RETOUR (Obligatoire)
Nom et prénom du médecin
Adresse :
Code postal :
Télécopieur :

Signature du médecin

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 checked="" 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	NON À JEUN	NON À JEUN	NON À JEUN
BIOCHIMIE <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 checked="" 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 Bilmètre #: _____ 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"/> NONHDL Non-HDL- cholestérol <input type="checkbox"/> CORT Cortisol <input type="checkbox"/> AM (à 8h au CLSC) <input type="checkbox"/> PM (à 16h au HPLG)	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'utilisateur, voir au verso # 5 <input type="checkbox"/> CLCRE Clairance de la créatinine Poids : _____ kg Taille : _____ cm Note à l'utilisateur, 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'utilisateur, voir au verso # 3 HÉMATOLOGIE <input checked="" type="checkbox"/> FSC Formule sanguine complète <input type="checkbox"/> HBTC 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'utilisateur, 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'utilisateur, voir au verso # 6	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 checked="" 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) <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"/> 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 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'utilisateur, voir au verso # 8	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"/> <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'utilisateur, voir au verso # 1 <input type="checkbox"/> GLU2 Hyperglycémie 2h post 75g Note à l'utilisateur, voir au verso # 1 <input type="checkbox"/> GLUPC Glycémie _____ hre(s) p.c. <input type="checkbox"/> 75 g de glucose Note à l'utilisateur, voir au verso # 2	NON À JEUN <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	MÉDICAMENTS Note à l'utilisateur, 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 (A JEUN 8 h, eau permise) **Dx :** _____
 Au médecin, SVP en caractères d'imprimerie.
 VS (artérielle temporaire) CRP CI C

ADRESSE DE RETOUR (Obligatoire)
 Nom et prénom du médecin : _____
 Adresse : _____
 Code postal : _____
 Téléphone : _____
 Signature du médecin : _____
 Date : _____