

Épanchement Pleural

LABORATOIRES

Nom à la naissance : _____
 Prénom : _____
 Date de naissance : _____
 RAMQ : _____
 Téléphone au domicile : _____
 Prélevé par : _____ Date : ____-____-____ Heure : ____:____:____

Centres de prélèvements
CLSC Lamater, de 06 :15 à 09 :45 3^e boul. de la Pinière, Terrebonne, local 107
450-471-2883
CLSC Meilleur, de 06 :15 à 09:45 1124, boul. Iberville, 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

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

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 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
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 type="checkbox"/> CK CK <input type="checkbox"/> GGT GGT <input checked="" type="checkbox"/> PALC Phosphatase alcaline <input type="checkbox"/> BLI Bilirubine totale <input type="checkbox"/> BILIN Bilirubine néonatale Bilimètre #: _____ Lecture: _____ <input type="checkbox"/> AURI Acide urique <input checked="" 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 checked="" 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)	URINES <input type="checkbox"/> ANUR Analyse de routine <input type="checkbox"/> TGRO Épreuve de grossesse <input type="checkbox"/> MALBM Microalbuminurie sur miclion <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 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 # 4 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.	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, type d'héparine (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* Note à l'utilisateur, voir au verso # 7 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"/> 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

Pour les examens suivants, veuillez PRENDRE UN RENDEZ-VOUS entre 08 :00 et 16 :00 du lundi au vendredi CLSC Lamater 450-471-2883 ou Meilleur 450-654-3879	Examens SANS RENDEZ-VOUS 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.	
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 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) NON À JEUN Au C.H.P.L.G. 450-581-3020 <input type="checkbox"/> C Coagulogramme complet Temps de saignement, plaquettes, PT, PTT, fibrinogène, FXII	A JEUN (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	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	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 V.P. en caractères d'imprimerie.

Dx : _____

CC
LDH
CRP

35100029 (Révision 10-2016)

ADRESSE DE RETOUR (Obligatoire)

Nom et prénom du médecin : _____
 Adresse : _____
 Code postal : _____
 Télécopieur : _____

Signature du médecin : _____
 CC ACCUEIL CLINIQUE
 FAX 450-470-2646

No de pratique : _____ Date : _____