

## Document clinique

Pour prendre rendez-vous :

Par téléphone : 1 888 862-3487, option 3

Par Clic Santé : <https://portal3.clicsante.ca/>

### REQUÊTE D'ANALYSE DE BIOCHIMIE ET HÉMATOLOGIE (F-G-40-8)

Département clinique de médecine de laboratoire

| Identification du PRESCRIPTEUR – obligatoire  |  | Information Préleveur – obligatoire  |  |
|---|--|--|--|
| Nom, prénom : _____   |  | Nom, prénom : _____  |  |
| Pratique : _____  |  | Date (A-M-J) : _____ Heure : _____   |  |
| Clinique/Correspondant : _____  |  | Provenance : _____   |  |
| Copie conforme : _____  |  | Tél./Cellulaire : _____  |  |
| Période de validité de la prescription : <input type="checkbox"/> 1an <input type="checkbox"/> 2 ans    Répétable chaque : <input type="checkbox"/> 3 mois <input type="checkbox"/> 6 mois <input type="checkbox"/> Autres : _____  |  |  |  |
| Prise de rendez-vous : <input type="checkbox"/> <b>Urgent</b> (moins de 72 h) <input type="checkbox"/> Avant <b>10 jours</b> <input type="checkbox"/> Avant <b>1 mois</b> <input type="checkbox"/> Plus de 1 mois ou suivi annuel<br><input type="checkbox"/> <b>Personne en situation de vulnérabilité</b> |  |  |  |
| Renseignements cliniques : _____  |  |  |  |
| Légende :    A) Rendez-vous par téléphone    B) Rendez-vous en CH    C) À jeun 8 h    D) À jeun 12 h  |  |  |  |
| HÉMATOLOGIE   |  | BIOCHIMIE GÉNÉRALE <sup>3</sup>  |  |
| <input type="checkbox"/> Formule sanguine complète (FSC)  | <input type="checkbox"/> α-foetoprotéine (AFP) si grossesse, n <sup>bre</sup> semaines :           | <input type="checkbox"/> Ferritine   |  |
| <input type="checkbox"/> Hb-Hte (inclus plaquettes)   | <input type="checkbox"/> Acide urique  | <input type="checkbox"/> Gamma glutamyltransférase (GGT)                             |  |
| <input type="checkbox"/> Réticulocytes  | <input type="checkbox"/> Anticorps anti-CCP (ACCP)   | <input type="checkbox"/> LD  |  |
| <input type="checkbox"/> Sédimentation  | <input type="checkbox"/> Anticorps anti-transglutaminases (inclus IgA)                             | <input type="checkbox"/> Magnésium   |  |
| <input type="checkbox"/> FSC + Frottis prescrit (inclus HBHT+ FSC) <b>Justification obligatoire :</b>   | <input type="checkbox"/> Anti-TPO  | <input type="checkbox"/> Phosphore   |  |
|   | <input type="checkbox"/> Albumine  | <input type="checkbox"/> Phosphatase alcaline  |  |
| HÉMOSTASE - Précision obligatoire   |  | <input type="checkbox"/> Préalbumine   |  |
| <b>Anticoagulothérapie</b> (obligatoire)  | <input type="checkbox"/> ALT   | <input type="checkbox"/> Protéines totales   |  |
| <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, inscrire lequel  | <input type="checkbox"/> Amylase pancréatique ou lipase <sup>1</sup>                               | <input type="checkbox"/> Prolactine  |  |
| <input type="checkbox"/> Anticoagulant oral :   | <input type="checkbox"/> Bilirubine totale   | <input type="checkbox"/> Progestérone  |  |
| <input type="checkbox"/> Héparine :   | <input type="checkbox"/> Bilan martial (fer, transferrine et % saturation transferrine) <b>(C)</b> | <input type="checkbox"/> PTH   |  |
| <input type="checkbox"/> Antiplaquettaire :   | <input type="checkbox"/> Bêta-hCG <b>Quantitatif*</b>  | <input type="checkbox"/> Testostérone totale   |  |
| <input type="checkbox"/> Agent thrombolytique :   | <input type="checkbox"/> BNP / NT-proBNP <sup>1</sup>  | <input type="checkbox"/> Testostérone biodisponible                                  |  |
| <input type="checkbox"/> TQ (INR, temps prothrombine)   | <input type="checkbox"/> CRP (protéine C réactive)   | <input type="checkbox"/> TSH (si grossesse, n <sup>bre</sup> semaines : _____)       |  |
| <input type="checkbox"/> TCA (APTT)   | <input type="checkbox"/> CK totale   | <input type="checkbox"/> SHBG  |  |
| <input type="checkbox"/> Temps de thrombine   | <input type="checkbox"/> Calcium total   | <input type="checkbox"/> Vitamine B <sub>12</sub>                                    |  |
| <input type="checkbox"/> Fibrinogène  | <input type="checkbox"/> Calcium ionisé (Ca++)   | <input type="checkbox"/> Vitamine D (25-OH)  |  |
| <input type="checkbox"/> Coagulogramme (TQ, TCA, FIB)   | <input type="checkbox"/> Céruloplasmine  | BILAN LIPIDIQUE  |  |
| <input type="checkbox"/> D-dimères (inclus : fibrinogène)   | <input type="checkbox"/> Cortisol prélevé à (HH:MM) : _____  | Usager à jeun : <input type="checkbox"/> Oui <b>(D)</b> <input type="checkbox"/> Non |  |
| <input type="checkbox"/> Mélange 50/50 fait sur TCA   | Prise de Dexaméthasone? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non                  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Autre :  | <input type="checkbox"/> Créatinine  | <input type="checkbox"/> Bilan lipidique, inclus TRIG, HDL, CHOLT, LDL               |  |
| DIABÈTE <sup>3</sup>  |  | <input type="checkbox"/> Triglycérides   |  |
| <input type="checkbox"/> <b>Glucose</b> à jeun? <input type="checkbox"/> Oui <b>(C)</b> <input type="checkbox"/> Non  | <input type="checkbox"/> Électrolytes (ION)  | <input type="checkbox"/> Apolipoprotéine B   |  |
| <input type="checkbox"/> HbA1c (Hb glyquée)   | <input type="checkbox"/> Électrophorèse des protéines sériques                                     |  |  |
|   | <input type="checkbox"/> Estradiol   |  |  |
|   | <input type="checkbox"/> FSH <input type="checkbox"/> LH jour cycle : _____                        |  |  |
|   | <input type="checkbox"/> Facteur rhumatoïde  |  |  |

### REQUÊTE D'ANALYSE DE BIOCHIMIE ET HÉMATOLOGIE (F-G-40-8)

|             |            |
|-------------|------------|
| Nom, prénom | N° Dossier |
|-------------|------------|

| MARQUEURS TUMORAUX   |  | MÉDICAMENTS <sup>2</sup>  |                 | Date dernière dose (A-M-J) :<br>Heure :  |  |
|--|--|---|-----------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> CA15-3  |  | Dernière dose de :  |                 |  |  |
| <input type="checkbox"/> CA19-9  |  | <input type="checkbox"/> Acide valproïque                               |                 | <input type="checkbox"/> Dilantin (phénytoïne)                                 |  |
| <input type="checkbox"/> CA 125  |  | <input type="checkbox"/> Carbamazépine                                  |                 | <input type="checkbox"/> Lithium   |  |
| <input type="checkbox"/> CEA   |  | <input type="checkbox"/> Digoxine                                       |                 | <input type="checkbox"/> Phénobarbital   |  |
| <input type="checkbox"/> PSA totale  |  |   |                 |  |  |
| DÉPISTAGE ET SUIVI   |  |   | URINE - Miction |  |  |
| <input type="checkbox"/> HGOP - 75g (B-C)  |  | <input type="checkbox"/> Analyse (SMU)                                  |                 | <input type="checkbox"/> Rapport calcium/créatinine                            |  |
| <input type="checkbox"/> Grossesse 50 g Glucose (B)  |  | <input type="checkbox"/> Bêta-hCG qualitatif                            |                 | <input type="checkbox"/> Rapport albumine/créatinine                           |  |
| <input type="checkbox"/> Grossesse HGOP - 75g  |  |   |                 | <input type="checkbox"/> Rapport protéines/créatinine                          |  |
| SELLES   |  | URINE DES 24 HEURES <sup>3</sup> (collectes)                            |                 |  |  |
| <input type="checkbox"/> RSOSi   |  | Date début (A-M-J) : _____ Hr : _____                                   |                 | Poids : _____ kg Taille : _____ cm   |  |
| <input type="checkbox"/> Calprotectine fécale  |  | Date fin (A-M-J) : _____ Hr : _____                                     |                 | <input type="checkbox"/> Bence Jones   |  |
|  |  | <input type="checkbox"/> Clairance de la créatinine                     |                 |  |  |
|  |  | <input type="checkbox"/> Protéines totales                              |                 |  |  |
| Autres demandes-Biochimie  |  |   |                 |  |  |
|  |  |   |                 |  |  |
| SPÉCIALITÉ <sup>3</sup>  |  | THROMBOSE (B)   |                 | ANTIPHOSPHOLIPIDES (B)   |  |
| <input type="checkbox"/> Anticorps anti-nucléaires (AAN)   |  | <input type="checkbox"/> Protéine C                                     |                 | <input type="checkbox"/> Anticoagulant de type lupique                         |  |
| <input type="checkbox"/> Dépistage anticorps anti-ENA<br>Inclus : SSa/SSb/Rnp/Sm/SCL70 /Jo-1   |  | <input type="checkbox"/> Protéine S                                     |                 | <input type="checkbox"/> Anticardiolipine (ACA IgG, IgM et B-2 glycoprotéines) |  |
| <input type="checkbox"/> Anticorps Anti-mitochondries  |  | <input type="checkbox"/> Antithrombine                                  |                 |  |  |
| <input type="checkbox"/> Anticorps anti-muscle lisse   |  | <input type="checkbox"/> Facteur V Leiden                               |                 |  |  |
| <input type="checkbox"/> Anticorps anti-ADN (ADN)  |  | <input type="checkbox"/> Mutation prothrombine                          |                 |  |  |
| <input type="checkbox"/> Anti-MPO <input type="checkbox"/> Anti-PR3  |  | <b>DOSAGE DES FACTEURS (B)</b>  |                 |  |  |
| <input type="checkbox"/> Anti-membrane basale glomérulaire (GBM)   |  | Voie intrinsèque et voie commune  |                 | Voie extrinsèque   |  |
| <input type="checkbox"/> Cellules pariétales   |  | <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> V                  |                 | <input type="checkbox"/> VII   |  |
| <input type="checkbox"/> Complément C3 et C4   |  | <input type="checkbox"/> VIII (hémophilie A)                            |                 | <b>VON WILLEBRAND (B)</b>  |  |
| <input type="checkbox"/> CH50  |  | <input type="checkbox"/> IX (hémophilie B) <input type="checkbox"/> X   |                 | <input type="checkbox"/> Inclus VWF Ag, VWF RCO et Fac VIII                    |  |
| <input type="checkbox"/> Chaines légères libres  |  | <input type="checkbox"/> XI (hémophilie C) <input type="checkbox"/> XII |                 |  |  |
| <input type="checkbox"/> Cryoglobulines (B-D)  |  | Facteur XIII  |                 |  |  |
| <input type="checkbox"/> Immunoglobulines GAM inclus IgG, IgA, IgM   |  | <input type="checkbox"/> XIII   |                 |  |  |
| <input type="checkbox"/> Immunoglobulines IgE  |  |   |                 |  |  |
| Autres demandes-Hématologie  |  |   |                 |  |  |
|  |  |   |                 |  |  |
| SIGNATURE PRESCRIPTEUR : _____ N° PRATIQUE : _____ DATE A-M-J) : _____   |  |   |                 |  |  |
| INFORMATION au PRESCRIPTEUR et PRÉLEVEUR   |  |   |                 |  |  |
| <p>* Si non-disponible, sera remplacé par un dosage qualitatif</p> <p><sup>1</sup> Selon la disponibilité de l'installation</p> <p><sup>2</sup> Consulter <b>F-B-83 « Recommandations pharmacologique et toxicologique »</b> disponibles sur le <b>Répertoire des analyses</b></p> <p><sup>3</sup> Pour toute question concernant une analyse, la couleur d'un tube, le type de contenant à utiliser, les délais, le transport, la disponibilité d'une analyse, etc., veuillez consulter le <b>Répertoire des analyses</b> en ligne SVP.</p> |  |   |                 |  |  |