

**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

<b>Identification du PRESCRIPTEUR – obligatoire</b>		<b>Information Préleveur – obligatoire</b>	
Nom, prénom : _____	Pratique : _____	Nom, prénom : _____	Date (A-M-J) : _____ Heure : _____
Clinique/Correspondant : _____	Copie conforme : _____	Provenance : _____	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 10 jours <input type="checkbox"/> Avant 1 mois <input type="checkbox"/> Plus de 1 mois ou suivi annuel			
<input type="checkbox"/> <b>Personne en situation de vulnérabilité</b>			
<b>Renseignements cliniques :</b> _____			
Légende : A) Rendez-vous par téléphone      B) Rendez-vous en CH      C) À jeun 8 h      D) À jeun 12 h			
<b>HÉMATOLOGIE</b>		<b>BIOCHIMIE GÉNÉRALE<sup>3</sup></b>	
<input type="checkbox"/> Formule sanguine complète (FSC)	<input type="checkbox"/> α-fetoprotéine (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	
<b>HÉMOSTASE - Précision obligatoire</b>		<input type="checkbox"/> ALT	<input type="checkbox"/> Préalbumine
<b>Anticoagulothérapie (obligatoire)</b>		<input type="checkbox"/> Amylase pancréatique ou lipase <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> Protéines totales
<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, inscrire lequel	<input type="checkbox"/> Bilirubine totale	<input type="checkbox"/> Prolactine	
<input type="checkbox"/> Anticoagulant oral :	<input type="checkbox"/> Bilan martial (fer, transferrine et % saturation transferrine) ( <b>C</b> )	<input type="checkbox"/> Progestérone	
<input type="checkbox"/> Héparine :	<input type="checkbox"/> Béta-hCG <b>Quantitatif*</b>	<input type="checkbox"/> PTH	
<input type="checkbox"/> Antiplaquettaires :	<input type="checkbox"/> BNP / NT-proBNP <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> Testostérone totale	
<input type="checkbox"/> Agent thrombolytique :	<input type="checkbox"/> CRP (protéine C réactive)	<input type="checkbox"/> Testostérone biodisponible	
<input type="checkbox"/> TQ (INR, temps prothrombine)	<input type="checkbox"/> CK totale	<input type="checkbox"/> TSH (si grossesse, n <sup>bre</sup> semaines : _____)	
<input type="checkbox"/> TCA (APTT)	<input type="checkbox"/> Calcium total	<input type="checkbox"/> SHBG	
<input type="checkbox"/> Temps de thrombine	<input type="checkbox"/> Calcium ionisé (Ca++)	<input type="checkbox"/> Vitamine B <sub>12</sub>	
<input type="checkbox"/> Fibrinogène	<input type="checkbox"/> Cérouloplasmine	<input type="checkbox"/> Vitamine D (25-OH)	
<input type="checkbox"/> Coagulogramme (TQ, TCA, FIB)	<input type="checkbox"/> Cortisol prélevé à (HH:MM) : _____ Prise de Dexaméthasone? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<b>BILAN LIPIDIQUE</b>	
<input type="checkbox"/> D-dimères (inclus : fibrinogène)	<input type="checkbox"/> Crétatinine	Usager à jeun : <input type="checkbox"/> Oui ( <b>D</b> ) <input type="checkbox"/> Non	
<input type="checkbox"/> Mélange 50/50 fait sur TCA	<input type="checkbox"/> Électrolytes (ION)	<input type="checkbox"/> Bilan lipidique, inclus TRIG, HDL, CHOLT, LDL	
<input type="checkbox"/> Autre :	<input type="checkbox"/> Électrophorèse des protéines sériques	<input type="checkbox"/> Triglycérides	
<b>DIABÈTE<sup>3</sup></b>		<input type="checkbox"/> Estradiol	<input type="checkbox"/> Apolipoprotéine B
<input type="checkbox"/> Glucose à jeun? <input type="checkbox"/> Oui (C) <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> FSH <input type="checkbox"/> LH jour cycle : _____		
<input type="checkbox"/> HbA1c (Hb glyquée)	<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>	
<input type="checkbox"/> CA15-3	Dernière dose de :	Date dernière dose (A-M-J) : Heure :
<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"/> Béta-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 <b>Inclus</b> : 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)	VON WILLEBRAND (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 <b>inclus</b> 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		
* Si non-disponible, sera remplacé par un dosage qualitatif		
<sup>1</sup> Selon la disponibilité de l'installation		
<sup>2</sup> Consulter F-B-83 « Recommandations pharmacologique et toxicologique » disponibles sur le Répertoire des analyses		
<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 Répertoire des analyses en ligne SVP.		