



LABORATOIRES

Clientèle externe / External Clients

<p style="text-align: center;">* Prescripteur / Prescriber</p> <p>*Nom & Prénom / Last & First name: _____</p> <p>*No. Permis / Licence: _____</p> <p>*Clinique, bureau / Clinic, office: _____</p> <p>*Adresse pour le retour des résultats / Address for return of results: _____</p> <p>*No. téléphone : _____</p> <p>*Signature: _____ *Date (AAYY/MM/JD): _____</p> <p>*Diagnostic ou Renseignements Cliniques / Diagnosis or relevant information: _____</p>	<p>* Nom / last name: _____</p> <p>* Prenom / first name: _____</p> <p>No. de dossier ou RAMQ / MRN or RAMQ: _____</p> <p>Adresse / Address: _____</p> <p>* Date de naissance / Date of birth (AAYY/MM/JD): _____</p> <p>* Sexe / Gender: _____</p> <p style="text-align: center;">* Renseignements Obligatoire / *Mandatory Information</p> <p style="text-align: center;">* Date et heure du prélèvement / Date and time of collection</p> <p style="text-align: center;">*20 / / *Heure / Time: _____</p> <p>*Prélevé par / collected by: _____</p>
---	--

CENTRES DE PRÉLÈVEMENTS: ☎ 514-934-1934 **GLEN** (1001 Décarie): **Enfants:** suite B02.5118 poste 24431 (Rendez-vous disponible) **Adultes:** suite D02.2315 poste 34904
 HGM/HGM (1605 Cedar) suite C6.157 poste 43830 **NEURO** (3801 Université) suite 243, poste 88-1975# **Lachine** (16ième Av) suite 204-1 poste 77370 / 77121

Le sang doit être prélevé avec un tube SST à bouchon doré, sauf si indiqué. / The blood must be collected in a SST gold top tube, except where indicated.

❖BP = Bleu Pâle / Light Blue ❖L = Lavande / Lavender ❖VP = Vert Pâle / Mintgreen (Héparine de lithium) ❖3T= 3 tubes (Quantiferon TB Gold)

Biochimie / Biochemistry	Hématologie / Hematology	Médicaments Thérapeutiques / Therapeutic drugs
<input type="checkbox"/> Acide urique / Uric acid <input type="checkbox"/> Albumine / Albumin <input type="checkbox"/> ALP (Phosphatase alcaline / Alkaline phosphatase) <input type="checkbox"/> ALT (Alanine aminotransférase) <input type="checkbox"/> Bilirubine totale / Total bilirubin <input type="checkbox"/> Bilirubine Profil / Bilirubin Direct profile <small>(La bilirubine conjuguée est faite seulement si la bilirubine totale est élevée / The direct bilirubin is done only if the total bilirubin is elevated)</small> <input type="checkbox"/> Calcium total <input type="checkbox"/> CK (Créatine kinase) <input type="checkbox"/> CO2 totale (Bicarbonate) <input type="checkbox"/> Créatinine (incl. DFGe/ eGFR) <input type="checkbox"/> CRP (Protéine C-Reactive / C-Reactive protein) <input type="checkbox"/> Électrolytes (Cl, K, Na) <input type="checkbox"/> GGT (Gamma glutamyltransférase) <input type="checkbox"/> Glucose (Aléatoire / Random) <input type="checkbox"/> Glucose AC (À jeun / Fasting) <input type="checkbox"/> PC <input type="checkbox"/> Hémoglobine A1C (HbA1c) ❖L <input type="checkbox"/> LD (Lactate Déshydrogénase) <input type="checkbox"/> Lipase <input type="checkbox"/> Magnésium <input type="checkbox"/> Phosphate <input type="checkbox"/> Profil lipidique / Lipid profile <small>(Cholestérol, Triglycérides, HDL, LDL)</small> <input type="checkbox"/> Protéines totales/ Total protein	<input type="checkbox"/> Ferritine <input type="checkbox"/> Fer (bilan) / Iron Profile <input type="checkbox"/> FSC / CBC ❖L <input type="checkbox"/> Frottis sanguin / Manual differential ❖L <input type="checkbox"/> Fibrinogène ❖BP <input type="checkbox"/> Haptoglobine <input type="checkbox"/> Hémoglobinopathie HPLC (Hgb electro) ❖L <input type="checkbox"/> Réticulocytes ❖L <input type="checkbox"/> PT & INR ❖BP <input type="checkbox"/> PTT ❖BP <hr/> <p style="text-align: center;">Endocrinologie / Endocrinology</p> <input type="checkbox"/> Bêta-HCG sérique quantitative (B-HCG) <input type="checkbox"/> Cortisol A.M (8h00-10h00) <input type="checkbox"/> Cortisol P.M <input type="checkbox"/> FSH (Hormone folliculo-stimulante) <input type="checkbox"/> Hyperglycémie provoquée / Glucose Tolerance Test (OGTT) <input type="checkbox"/> 50 gr glucose (grossesse / pregnancy) <input type="checkbox"/> 75 gr glucose <input type="checkbox"/> LH (Hormone Lutéinisante) <input type="checkbox"/> PTH (Hormone parathyroïdienne) ❖VP <input type="checkbox"/> Profil Thyroïdien/ Thyroid profile <small>(T4 Libre est ajouté si le TSH est anormale / Free T4 is added if TSH is abnormal)</small>	<input type="checkbox"/> Carbamazépine <input type="checkbox"/> Digoxine <input type="checkbox"/> Lithium <input type="checkbox"/> Phénytoïne <input type="checkbox"/> Valproïque(Acide) <input type="checkbox"/> _____ <hr/> <p style="text-align: center;">Marqueurs tumoraux / Tumor markers</p> <input type="checkbox"/> AFP (alpha-foetoprotéine) <input type="checkbox"/> CEA (Antigène carcino-embryonnaire) <input type="checkbox"/> PSA (Antigène prostatique spécifique) <hr/> <p style="text-align: center;">Sérologie / Serology</p> <input type="checkbox"/> Dépistage de grossesse /Pregnancy screen: Anti-VIH (HIV), HBsAg, Rubéole (Rubella), Syphilis EIA <input type="checkbox"/> Hépatite aiguë / Acute Hepatitis: Anti-HAV IgM, Anti-HBc (Si positif/If positive: HBsAg, Anti-HBs) <input type="checkbox"/> Hépatite chronique / Chronic Hepatitis: Anti-VHC (HCV), HBsAg <input type="checkbox"/> Piqûre d'aiguille/ Needlestick (source): Anti-VIH (HIV), Anti-VHC (HCV), HBsAg <input type="checkbox"/> Piqûre d'aiguille/ Needlestick (victime): Anti-VIH (HIV), Anti-VHC (HCV), Anti-HBs <input type="checkbox"/> Anti-HAV total <input type="checkbox"/> EBV (Epstein Barr: EBNA IgG, VCA IgG) <input type="checkbox"/> Anti-HAV IgM <input type="checkbox"/> H.pylori <input type="checkbox"/> Anti-HBc <input type="checkbox"/> Herpes IgG <input type="checkbox"/> Anti-HBc IgM <input type="checkbox"/> Herpes IgG spécifique <input type="checkbox"/> Anti-HBe <input type="checkbox"/> HTLV I / II <input type="checkbox"/> HBe Ag <input type="checkbox"/> Lyme <input type="checkbox"/> Anti-HBs <input type="checkbox"/> Monotest ❖L <input type="checkbox"/> HBs Ag <input type="checkbox"/> Parvovirus IgG <input type="checkbox"/> Anti-VHC (HCV) <input type="checkbox"/> Rubéole/Rubella <input type="checkbox"/> Anti-CMV IgG <input type="checkbox"/> Syphilis EIA <input type="checkbox"/> Anti-CMV IgM <input type="checkbox"/> Toxoplasma IgG <input type="checkbox"/> Anti-VIH (HIV) <input type="checkbox"/> TB Quantiferon ❖3T <input type="checkbox"/> Anti-Streptolysine (ASO) <input type="checkbox"/> VZV (Varicella) <input type="checkbox"/> Anti-DNAse B
Urine	Immunoologie / Immunology	AUTRES / Other tests
<input type="checkbox"/> Albumine / Créatinine ratio (U mALB profile) <input type="checkbox"/> Analyse d'urine / Urinalysis <input type="checkbox"/> HCG (qualitative) (U HCG qual) <input type="checkbox"/> Urine culture (Contenant stérile séparé / Separate sterile container) <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> ANA (Anticorps Antinucléaire) <input type="checkbox"/> TTG (Tissu transglutaminase IgA Ab) <input type="checkbox"/> Complément C3/C4 <input type="checkbox"/> Electrophorèse (Protéines sériques / Serum protein) <input type="checkbox"/> Facteur rhumatoïde / Rheumatoid factor <input type="checkbox"/> IgG, IgA, IgM	<p style="text-align: center;">S.V.P. Écrire le nom complet de l'analyse, en majuscule. / Please write full test name in block letters.</p> <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____
Urine (24 heures / 24 hours)		
<input type="checkbox"/> _____ Volume: _____ mL Durée de collecte/ Duration: _____ heures/hours		