



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

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 ◆V= Verte/Green (Héparine de sodium) ◆VP= Verte pale/Mintgreen (Héparine de lithium) ◆R= Rouge/Red ◆S=Seringue ou Capillaire pour gaz sanguins / Blood gas syringe or capillary

Biochimie / Biochemistry	Médicaments Thérapeutiques / Therapeutic Drugs	Hématologie / Hematology	Analyses Thyroïdes /Thyroid tests
<input type="checkbox"/> Acide urique / Uric acid <input type="checkbox"/> Albumine <input type="checkbox"/> ALP (Phosphatase alcaline / Alkaline Phosphatase) <input type="checkbox"/> ALT (Alanine Aminotransférase) <input type="checkbox"/> Bilirubine Néonatale/Neonatal Bilirubin <input type="checkbox"/> Bilirubine Directe Profil / 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"/> CRP (Protéine C-reactive / C-Reactive protein) <input type="checkbox"/> Créatinine <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"/> Profil lipidique/Lipid Profile <small>(Cholestérol, Triglycérides, HDL & LDL)</small> <input type="checkbox"/> Magnésium <input type="checkbox"/> Osmolalité /Osmolality (Sérum) <input type="checkbox"/> Phosphate <input type="checkbox"/> Préalbumine <input type="checkbox"/> Protéines totales / Total protein <input type="checkbox"/> Transferrine	<p style="text-align: center;">Spécifier/Specify:</p> <input type="checkbox"/> Aléatoire(Random) <input type="checkbox"/> Peak (Post) <input type="checkbox"/> Trough (Pre) <input type="checkbox"/> Acétaminophène <input type="checkbox"/> Amikacine <input type="checkbox"/> Carbamazépine <input type="checkbox"/> Cyclosporine ◆L <input type="checkbox"/> Éthanol <input type="checkbox"/> Ethosuximide ◆L <input type="checkbox"/> Gentamicine <input type="checkbox"/> Méthotrexate <input type="checkbox"/> Mycophénolate mofétil <input type="checkbox"/> Phénobarbital <input type="checkbox"/> Phénytoïne <input type="checkbox"/> Salicylate <input type="checkbox"/> Sirolimus ◆L <input type="checkbox"/> Tacrolimus ◆L <input type="checkbox"/> Théophylline <input type="checkbox"/> Tobramycine <input type="checkbox"/> Valproïque (Acide) <input type="checkbox"/> Vancomycine <input type="checkbox"/> _____ <p style="text-align: center;">Sérologie / Serology</p> <input type="checkbox"/> Anti-HBc <input type="checkbox"/> Anti-HBe <input type="checkbox"/> Anti-HBs <input type="checkbox"/> Anti-VHC (HCV) <input type="checkbox"/> Anti-VIH (HIV) <input type="checkbox"/> HBe-Antigène <input type="checkbox"/> HBs-Antigène <input type="checkbox"/> CMV IgG <input type="checkbox"/> Parvovirus IgG <input type="checkbox"/> Rubéole(Rubella) <input type="checkbox"/> Syphilis EIA <input type="checkbox"/> Toxoplasma IgG <input type="checkbox"/> _____ <p style="text-align: center;">LCR / CSF</p> <input type="checkbox"/> Décompte cellulaire & différentielle / Cell count & differential <input type="checkbox"/> Glucose <input type="checkbox"/> Protéine / Protein <input type="checkbox"/> _____ <p style="text-align: center;">Selles/ Stool</p> <input type="checkbox"/> Sang occulte / Occult blood <input type="checkbox"/> #1 <input type="checkbox"/> #2 <input type="checkbox"/> #3 <input type="checkbox"/> Sucres réducteurs/Reducing substances <input type="checkbox"/> Stéatocrite <input type="checkbox"/> _____ <p style="text-align: center;">Gaz sanguins/ Blood Gases</p> <p>Requête séparée requise / Separate requisition Envoyer au labo / Send to: B06.2006 (PTS#12)</p> <p>Spécifier/Specify:</p> <input type="checkbox"/> Artériel <input type="checkbox"/> Capillaire <input type="checkbox"/> Veineux <input type="checkbox"/> Mixte FiO₂ _____ PtT* _____ (°C) <input type="checkbox"/> Gaz sanguins / Blood gas ◆S <small>(Co-oxymétrie, Lactate, Calcium ionisé, Électrolytes)</small> <input type="checkbox"/> Calcium ionisé/Ionized Calcium (ICA) ◆S	<input type="checkbox"/> Fer Profil / Iron Profile (Fe, Saturation, Transferrine) <input type="checkbox"/> Ferritine <input type="checkbox"/> FSC / CBC (Avec différentielle automatisée) ◆L <input type="checkbox"/> Hémoglobine Plasmatique libre/ ◆V <small>Plasma free Hemoglobin</small> <input type="checkbox"/> Hémoglobinopathie HPLC (Hgb electro) ◆L <input type="checkbox"/> Réticulocytes ◆L <input type="checkbox"/> Différentielle manuelle (Frottis)/ ◆L <small>Manual Differential (Smear)</small> <input type="checkbox"/> Vitamine B12 <p style="text-align: center;">Coagulation-Anticoagulant: A remplir / Must be entered</p> <input type="checkbox"/> Warfarine <input type="checkbox"/> Héparine <input type="checkbox"/> LMW Héparine ** <input type="checkbox"/> Aucune /None <p style="text-align: center;">**Doit être prélevé 4-6 hrs après la dernière dose / Must be drawn within 4-6 hours of last dose)</p> <input type="checkbox"/> PT/INR <input type="checkbox"/> PTT ◆BP <input type="checkbox"/> Anti Xa (Héparine standard anti-Xa) ◆BP <input type="checkbox"/> Von Willebrand (Profil/Profile) ◆BP <small>(Groupe sanguin requis/ Blood type required)</small> <input type="checkbox"/> Dépistage CID /DIC Screening ◆BP <small>(PT/INR/ FIB/APTT/DDIM)</small> <input type="checkbox"/> Fibrinogène ◆BP <input type="checkbox"/> Facteurs/Factors ◆BP <p style="text-align: center;">Endocrinologie /Endocrinology</p> <input type="checkbox"/> 17-OH Progesterone <input type="checkbox"/> 25-OH Vitamine D <input type="checkbox"/> ACTH ◆L Sur glace/ On ice <input type="checkbox"/> Aldostérone: <input type="checkbox"/> Debout (Amb.) <input type="checkbox"/> Couché (Recum.) <input type="checkbox"/> AFP: <input type="checkbox"/> Fluide amniotique / amniotic fluid <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sérum maternel / maternal Age (gestation): _____ (semaines / weeks) <input type="checkbox"/> AFP Sérum <input type="checkbox"/> Bêta HCG sérique quant. (β-HCG) <input type="checkbox"/> Cathécholamines (plasma) ◆V <input type="checkbox"/> Cortisol(Aléatoire /Random) <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> Post Dex <input type="checkbox"/> DHEA-Sulfate (DHEA-S) <input type="checkbox"/> Estradiol <input type="checkbox"/> FSH (Hormone folliculo-stimulante) <input type="checkbox"/> Hormone de croissance /Growth Hormone <input type="checkbox"/> Insuline <input type="checkbox"/> IGF1 (Somatomedin C) <input type="checkbox"/> LH (Hormone Lutéinisante/ Luteinizing hormone) <input type="checkbox"/> Progesterone <input type="checkbox"/> Prolactine <input type="checkbox"/> PTH (Hormone parathyroïdienne) ◆VP <input type="checkbox"/> Rénine ◆L Sur glace/ On ice Position: <input type="checkbox"/> Debout (Amb.) <input type="checkbox"/> Couché (Recum.) <input type="checkbox"/> Testostérone (Totale)	<input type="checkbox"/> Profil thyroïdien / Thyroid profile <small>(T4 libre est ajoutée si laTSH est anormale / Free T4 is added if TSH is abnormal)</small> <input type="checkbox"/> T3 totale (Total T3) <input type="checkbox"/> T4 libre/Free T4 (FT4) <input type="checkbox"/> Anti-TSH Récepteur Ab (TRAb) <input type="checkbox"/> Anti-TPO(Antithyroid peroxidase Ab) <p style="text-align: center;">Immunologie/ Immunology</p> <input type="checkbox"/> ANA (Anti-Nucléaire/Anti Nuclear) <input type="checkbox"/> ANCA (Anti-MPO & Anti-PR3) <input type="checkbox"/> Anti Cardiolipine (Cardiolipin IgM & IgG) <input type="checkbox"/> Anti ADN / DNA (Double Strand DNA Ab) <input type="checkbox"/> Anti SMP (SMP Ab) (Anti Muscle lisse, Mitochondrial & Pariétales / Smooth Muscle, Mitochondrial & Parietal Ab) <input type="checkbox"/> Anti TTG (Tissue Transglutaminase IgA) <input type="checkbox"/> Anti Diphthérie <input type="checkbox"/> Anti Tétanos <input type="checkbox"/> Anti- <i>Haemophilus Influenzae b</i> <input type="checkbox"/> Anti-Pneumocoque (IgG) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pré-vaccination <input type="checkbox"/> Post-vaccination <input type="checkbox"/> Complément C3 & C4 <input type="checkbox"/> Complément (Voies /Pathways): ◆R <input type="checkbox"/> Alternative Pathway <input type="checkbox"/> Classical Pathway <input type="checkbox"/> MBL Pathway <input type="checkbox"/> ENA (Anti SSA, SSB, anti-SM, anti-RNP) <input type="checkbox"/> Immunoglobulines (IgG, IgA, IgM) <input type="checkbox"/> IgE Totale <input type="checkbox"/> IgE spécifiques / Specific IgE <p style="text-align: center;">Spécifier/Specify:</p> Alimentaires/ Food: _____ nhalants: _____ Noix / Nuts: _____ Arachides / Peanuts: _____ <input type="checkbox"/> <i>Aspergillus fumigatus</i> -IgE spécifiques <input type="checkbox"/> <i>Aspergillus fumigatus</i> -IgG spécifiques <input type="checkbox"/> DHR 1 2 3 ◆L Consultation requise/required <input type="checkbox"/> LFA-1 (CD11) ◆L <input type="checkbox"/> Lymphocyte prolif. /Stim. ◆V <input type="checkbox"/> T & B Énum. Cell. /Quant. ◆L <p style="text-align: center;">Autres /Other tests (Spécifier/ Specify)</p> <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____
Urine			
<input type="checkbox"/> Analyse d'urine / Urinalysis (dipstick) <input type="checkbox"/> U Microalbumine & Créatinine (U MALB) <input type="checkbox"/> U Bêta-HCG (U HCG qual) <input type="checkbox"/> U Calcium & Créatinine ratio <input type="checkbox"/> U Créatinine <input type="checkbox"/> U Créatinine Clairance/Clearance Taille/Height (cm) _____ Poids/Weight(Kg) _____ <input type="checkbox"/> U Électrolytes (Cl, K, Na) & Créatinine <input type="checkbox"/> U Osmolalité / Osmolality <input type="checkbox"/> U Phosphate & Créatinine <input type="checkbox"/> U Protéines posturales & Créatinine Position: <input type="checkbox"/> Debout (Amb.) <input type="checkbox"/> Couché (Recumbent) <input type="checkbox"/> U Protéines totale & Créatinine <input type="checkbox"/> U 24 hrs _____ Volume: _____ mL Durée/Duration: _____ heures/hours			