

ORDONNANCE – ANALYSES GÉNÉRALES EN LABORATOIRE

* Champs OBLIGATOIRES. Caractères d'imprimerie seulement. Toute requête mal identifiée, illisible ou non signée sera refusée.

PRESCRIPTEUR (Responsable du suivi)		USAGER <input type="checkbox"/> double identité vérifiée			
Nom de la clinique : _____ Adresse : _____ Ville : _____ Code postal : _____ *Tél : _____ *Fax : _____ *NOM, Prénom : _____ : ## Pratique : _____		*No assurance maladie (RAMQ) _____ *Expiration AAAA-MM-JJ _____ No de dossier (hôpital) _____ *Nom et prénom (naissance) _____ *Date de naissance AAAA-MM-JJ _____ *Sexe <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M _____ Adresse _____ Ville _____ Code postal _____ Téléphone _____ Nom et prénom de la mère _____			
Professionnel à informer (cc) – À remplir par le prescripteur *NOM, Prénom, # pratique : _____ *Coordonnées (nom clinique et fax) : _____		<div style="border: 2px dashed black; padding: 10px; width: 100px; margin: auto;"> Apposer étiquette de prélèvement ici </div>			
Renseignements cliniques				<input type="checkbox"/> STAT	
*INFORMATION PRÉLEVEUR <input type="checkbox"/> Public <input type="checkbox"/> Privé					
*NOM, Prénom : _____ *Lieu de prélèvement _____ Tél. : _____ *Date : _____ *Heure : _____					
BIOCHIMIE					
<input type="checkbox"/> Albumine <input type="checkbox"/> ALT (Alanine aminotransférase) <input type="checkbox"/> ALP (Phosphatase alcaline) <input type="checkbox"/> Anticorps anti-transglutaminase <input type="checkbox"/> βHCG quantitative <input type="checkbox"/> Bilirubine totale <input type="checkbox"/> Calcium total <input type="checkbox"/> CK (Créatine kinase) Cortisol <input type="checkbox"/> AM (8 h) <input type="checkbox"/> PM (16 h) <input type="checkbox"/> Créatinine <input type="checkbox"/> CRP (Protéine C-réactive) <input type="checkbox"/> Électrophorèse des protéines <input type="checkbox"/> Estradiol <input type="checkbox"/> Ferritine <input type="checkbox"/> FSH/LH <input type="checkbox"/> GGT (Gamma-glutamyl-transférase) <input type="checkbox"/> Glucose (à jeun : <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui) <input type="checkbox"/> HbA1c (Hémoglobine A1c) HGOP (Hyperglycémie orale provoquée) <input type="checkbox"/> 50 gr glucose (Dépistage grossesse) <input type="checkbox"/> 75 gr glucose <input type="checkbox"/> 75 gr glucose (Diabète gestationnel) <input type="checkbox"/> Lipase <input type="checkbox"/> Lithium Dernière prise : _____ heure/date/dose <input type="checkbox"/> Magnésium <input type="checkbox"/> Na/K <input type="checkbox"/> Phosphates <input type="checkbox"/> Profil lipidique (Trig. Chol. LDL, HDL) (à jeun : <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui) <input type="checkbox"/> Protéines totales <input type="checkbox"/> PSA totale (Antigène prostatique spécifique)	<input type="checkbox"/> PTH (Hormone parathyroïdienne) Testostérone <input type="checkbox"/> Totale <input type="checkbox"/> Libre (F) <input type="checkbox"/> Biodispo. (H) <input type="checkbox"/> TPO (Anticorps antithyroïdien) <input type="checkbox"/> Transferrine (Capacité fixation et % sat) <input type="checkbox"/> TSH (T4 et T3 libres selon algorithme) <input type="checkbox"/> Valproate : Dernière prise : _____ heure/date/dose RSOSi (Recherche de sang occulte dans les selles) Utiliser le formulaire provincial de demande d'analyse	SÉROLOGIE CMV (Cytomégalo virus) <input type="checkbox"/> IgG <input type="checkbox"/> IgM Rubéole <input type="checkbox"/> IgG <input type="checkbox"/> IgM <input type="checkbox"/> EBV (Virus Epstein Barr) <input type="checkbox"/> Varicella zoster (IgG) <input type="checkbox"/> Herpes simplex <input type="checkbox"/> Ag HBs (dépistage) <input type="checkbox"/> RA (Facteur rhumatoïde) <input type="checkbox"/> Anti-HBs (vaccin) <input type="checkbox"/> VIH <input type="checkbox"/> Anti-HCV <input type="checkbox"/> Syphilis – Diagnostic initial (EIA) <input type="checkbox"/> Syphilis Test de suivi post-traitement (RPR)			
BIOCHIMIE URINE		MICROBIOLOGIE			
Miction <input type="checkbox"/> Analyse d'urine <input type="checkbox"/> Albumine (microalbuminurie) <input type="checkbox"/> Test de grossesse - βHCG (qualitatif) Collecte urine 24 heures <input type="checkbox"/> Clairance de créatinine <input type="checkbox"/> Calcium <input type="checkbox"/> Albumine (microalbuminurie) <input type="checkbox"/> Sodium <input type="checkbox"/> Potassium		Chlamydia/Gonorrhoeae (TAAN) Ne pas uriner 1 heure avant le test. <input type="checkbox"/> urinaire <input type="checkbox"/> gorge <input type="checkbox"/> anus <input type="checkbox"/> endocol <input type="checkbox"/> col <input type="checkbox"/> vagin <input type="checkbox"/> sec. urethral <input type="checkbox"/> autre _____ <input type="checkbox"/> Culture gorge <input type="checkbox"/> TAAN Herpes Simplex/Varicella zoster spécifier le site : _____ <input type="checkbox"/> Culture plaie/pus : _____ spécifier le site : _____ Culture <i>Neisseria gonorrhoeae</i> <input type="checkbox"/> Col/endocol <input type="checkbox"/> gorge <input type="checkbox"/> anus <input type="checkbox"/> sec. urethral <input type="checkbox"/> autre _____ Culture d'oreille (externe) <input type="checkbox"/> d <input type="checkbox"/> g Culture d'oeil (conjonctive) <input type="checkbox"/> d <input type="checkbox"/> g <input type="checkbox"/> Culture urine (mi-jet) <input type="checkbox"/> Recherche Trichomonas génital <input type="checkbox"/> Dépistage <i>Strept. gr. B</i> (recto-vaginal) <input type="checkbox"/> Expectoration <input type="checkbox"/> Secrétions vaginales (Gram) <input type="checkbox"/> <i>Clostridium difficile</i> <input type="checkbox"/> Culture selles <input type="checkbox"/> X1 <input type="checkbox"/> X2 <input type="checkbox"/> Recherche de parasites <input type="checkbox"/> X1 <input type="checkbox"/> X2			
HÉMATOLOGIE/COAGULATION		BANQUE DE SANG			
<input type="checkbox"/> FSC <input type="checkbox"/> FAN (Facteur antinucléaire) <input type="checkbox"/> Réticulocytes <input type="checkbox"/> TP (RNI) <input type="checkbox"/> TTPA <input type="checkbox"/> Aucun anticoagulant <input type="checkbox"/> Coumadin <input type="checkbox"/> HBPM (Héparine de bas poids moléculaire) <input type="checkbox"/> Inhibiteur direct thrombine (ex. Dabigatran) <input type="checkbox"/> Inhibiteur facteur XA (ex. Rivaroxaban)		<input type="checkbox"/> Coombs direct <input type="checkbox"/> Groupe sanguin <input type="checkbox"/> Coombs indirect (Recherche d'anticorps)			
LÉGENDES		PATHOLOGIE			
Jeûne de 8 heures, eau permise 8 hours fasting, water permitted		Jeûne de 12 heures, eau permise 12 hours fasting, water permitted			
*SIGNATURE PRESCRIPTEUR		AUTRES ANALYSES			
Répétition : _____ Date souhaitée de prélèvement : _____ Signature : _____ Date : _____		<input type="checkbox"/> Spermiogramme (éval. fertilité, vaso-vasostomie) <input type="checkbox"/> Spermiogramme (post-vasectomie)			

Les prélèvements sont maintenant sur rendez-vous seulement.

Prenez rendez-vous en ligne sur la plateforme **clicsante.ca**, pour une prise de sang ou tout autre prélèvement. La plateforme est accessible 24/7.

Un service de rendez-vous téléphonique (**sans frais 1 833 255-1995 ou 819 565-4845**) est disponible du lundi au vendredi, entre 8 h et 16 h, à l'exception des jours fériés.

Pour plus d'informations, consultez le site Web :

<https://www.santeestrie.qc.ca/soins-services/pour-tous/prelevements-prises-de-sang/>

Lorsque vous vous présentez au centre de prélèvements :

- Présentez-vous seulement 5 minutes avant l'heure de votre rendez-vous.
- Ayez en main votre numéro de confirmation de rendez-vous, votre carte d'assurance-maladie et votre ordonnance conforme (si votre médecin vous a remis une copie papier).

Procédures préparatoires pour prises de sang – Questions fréquentes

- **Si vous avez des analyses demandées à jeun, ne pas manger avant votre prélèvement.**
 - **8 heures** pour la glycémie (glucose)
 - **12 heures** pour l'hyperglycémie orale provoquée (HGOP) 75 gr glucose
 - **12 heures** pour le bilan lipidiquePar contre, il est permis de boire un peu d'eau, ou boire modérément. Vous devez prendre vos médicaments tels que prescrits, à moins de l'avis contraire de votre médecin.
- **Vous devez passer un des tests suivants pour le dépistage du diabète :** les épreuves fonctionnelles (ex. : hyperglycémie orale provoquée). Vous devez appeler au numéro sans frais 1 833 255-1995 ou 819 565-4845 pour prendre votre rendez-vous.
- **Votre médecin vous a prescrit des tests de selles ou d'urine :** vous devez prendre un rendez-vous, pour que le technologiste médical ou l'infirmière des centres de prélèvements puissent vous remettre les contenants et l'information requise pour votre prélèvement.

N'hésitez pas à nous faire part de vos commentaires/suggestions à l'adresse suivante :

Département de médecine de laboratoire
Service d'assurance-qualité
Hôpital Fleurimont
3001, 12^e Avenue Nord
Sherbrooke (Québec) J1H 5N4

Ou par courriel : laboratoires.ciussse-chus@ssss.gouv.qc.ca

Vous pouvez également remplir en ligne le questionnaire sur la satisfaction : <https://fr.surveymonkey.com/r/XTPTF9X>

