

**NOM DU PRESCRIPTEUR ET ADRESSE DE RETOUR  
(OBLIGATOIRE)**

Nom et prénom(s) du prescripteur :

Adresse :

Code Postal :

Date :

Téléphone :

À FAXER  # Fax :

Signature du prescripteur :

No. de pratique :

Nom

Prénom

RAMQ

DDN

sexe

Adresse du patient :

Téléphone du patient :

**UTILISER LA CARTE D'ASSURANCE-MALADIE DU PATIENT**

Hospitalisé chambre : \_\_\_\_\_  CC  PA  SO

Urgence chambre : \_\_\_\_\_

**PRÉLÈVEMENT** DATE : \_\_\_\_\_ HEURE : \_\_\_\_\_

Signature du préleveur si non informatisé:

**DIAGNOSTIC / RENSEIGNEMENTS CLINIQUES :**

MÉDICAMENTS (Tube jaune)	BIOCHIMIE (Tube jaune)	TESTS FONCTIONNELS	HÉMATOLOGIE (Tube lavande)	Banque de sang (tube rose k <sub>2</sub> - EDTA)
<p><b>PRÉLEVER JUSTE AVANT LA PRISE DE MÉDICAMENTS</b></p> <p>Inscrire l'heure de la dernière dose de médicament :</p> <p><input type="checkbox"/> Acide valproïque (Épival®)</p> <p><input type="checkbox"/> Carbamazépine (Tégréto®)</p> <p><input type="checkbox"/> Digoxin (Lanoxin®)</p> <p><input type="checkbox"/> Lithium</p> <p><input type="checkbox"/> Phénobarbital</p> <p><input type="checkbox"/> Phénytoïde (Dilantin®)</p> <p><input type="checkbox"/> Théophylline</p>	<p><input type="checkbox"/> Glucose à jeun <b>J8</b></p> <p><input type="checkbox"/> Glucose non à jeun (Random) <b>J0</b></p> <p><input type="checkbox"/> Glucose 50g (gross.:24 à 28 sem.) <b>J0</b></p> <p><input type="checkbox"/> Glucose 2h PC (diabétique seul.)</p> <p><input type="checkbox"/> Na, K, Cl (Électrolytes)</p> <p><input type="checkbox"/> Créatinine</p> <p><input type="checkbox"/> Ca <input type="checkbox"/> Ca ajusté</p> <p><input type="checkbox"/> Phosphore <b>J8</b></p> <p><input type="checkbox"/> PO4ase alcaline (ALP) <b>J8</b></p> <p><input type="checkbox"/> GGT</p> <p><input type="checkbox"/> Bilirubine tot. <input type="checkbox"/> Bilirubine conj.</p> <p><input type="checkbox"/> AST</p> <p><input type="checkbox"/> ALT</p> <p><input type="checkbox"/> CK</p> <p><input type="checkbox"/> LD (LDH)</p> <p><input type="checkbox"/> Cholestérol</p> <p><input type="checkbox"/> Triglycérides <b>J12</b></p> <p><input type="checkbox"/> HDL/LDL</p> <p><input type="checkbox"/> Albumine</p> <p><input type="checkbox"/> Protéines</p> <p><input type="checkbox"/> Amylase <input type="checkbox"/> Lipase</p> <p><input type="checkbox"/> Urates (Acide urique)</p> <p><input type="checkbox"/> Magnésium (Mg)</p> <p><input type="checkbox"/> Électrophorèse (Protéines)</p> <p><input type="checkbox"/> Immunoglobulines (IgG, IgA, IgM)</p> <p><input type="checkbox"/> C3 <input type="checkbox"/> C4</p> <p><input type="checkbox"/> ASO (Anti-streptolysine O)</p> <p><input type="checkbox"/> CRP (Protéine C-réactive)</p> <p><input type="checkbox"/> FRH (RA test)</p>	<p><b>PRENDRE RENDEZ-VOUS À L'HÔPITAL SANTA CABRINI 514-252-6435</b></p> <p><input type="checkbox"/> HGPO 2 h <b>J12</b></p> <p><input type="checkbox"/> HPGO grossesse 75 g <b>J8</b></p> <p><b>BIOCHIMIE (Tube lavande)</b></p> <p><input type="checkbox"/> HbA1C</p> <p><b>URINE</b></p> <p><b>Urine 24 h</b></p> <p><input type="checkbox"/> Calcium</p> <p><input type="checkbox"/> Phosphore</p> <p><input type="checkbox"/> Protéines</p> <p><input type="checkbox"/> Urates</p> <p><input type="checkbox"/> Urée</p> <p><input type="checkbox"/> Cortisol</p> <p><input type="checkbox"/> Microalbumine</p> <p><input type="checkbox"/> Électrolytes (Na, K, Cl)</p> <p><input type="checkbox"/> Clairance de créatinine</p> <p><b>Urine miction</b></p> <p><input type="checkbox"/> Ratio microalbumine/créat. (RAC)</p> <p><input type="checkbox"/> Ratio protéine/créatinine</p> <p><input type="checkbox"/> <b>Analyse d'urine de routine</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>Test de grossesse</b></p> <p><b>SELLES</b></p> <p><input type="checkbox"/> Sang occulte (RSOSi ou FIT test)</p>	<p><input type="checkbox"/> Frottis</p> <p><input type="checkbox"/> FSC</p> <p><input type="checkbox"/> Hématocrite (Hb - HT)</p> <p><input type="checkbox"/> Réticulocytes</p> <p><input type="checkbox"/> Électrophorèse des Hb</p> <p>Inclut bilan de Fer, + (Tube jaune)</p> <p><input type="checkbox"/> Folate érythrocytaire</p> <p><input type="checkbox"/> Temps de sédimentation</p> <p>Indication(s) clinique(s) <b>obligatoire(s)</b></p> <p><b>HÉMATOLOGIE (Tube jaune)</b></p> <p><input type="checkbox"/> Vit. B-12 <b>J8</b></p> <p><input type="checkbox"/> Acide folique <b>J8</b></p> <p>Indication(s) clinique(s) <b>obligatoire(s)</b></p> <p><input type="checkbox"/> Fer + TIBC <b>J8 &lt; 09:00</b> (inclut Transferrine)</p> <p><input type="checkbox"/> Ferritine</p> <p><input type="checkbox"/> Transferrine</p> <p><b>COAGULATION (Tube bleu)</b></p> <p><input type="checkbox"/> PT-INR</p> <p><input type="checkbox"/> Fibrinogène</p> <p><input type="checkbox"/> PTT</p> <p><input type="checkbox"/> Coagulogramme dépistage (PT-INR-Fib-PTT)</p>	<p><input type="checkbox"/> COOMB'S direct</p> <p><input type="checkbox"/> COOMB'S indirect</p> <p><input type="checkbox"/> Groupe ABO + RH</p> <p><b>OBLIGATOIRE</b></p> <p><b>Échantillon(s) prélevé(s) par :</b></p> <p>Signature _____</p> <p>Date : _____</p> <p>Heure : _____</p> <p><b>Autres : (renseignements cliniques requis)</b></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p><b>LÉGENDE</b></p> <p><b>Eau permise en tout temps</b></p> <p><b>Pas de jeûne requis J0</b></p> <p><b>Jeûne 8 h : J8</b></p> <p><b>Jeûne 12 h : J12</b></p> <p><b>Prélèvement avant 09:00 = &lt; 09:00</b></p> <p>À MOINS D'INDICATION CONTRAIRE, JEÛNE SOUHAITABLE MAIS NON OBLIGATOIRE.</p>

