

REQUÊTE LIQUIDES BIOLOGIQUES BIOCHIMIE-HÉMATOLOGIE

Identification du prescripteur - Renseignements obligatoires

Lieu de consultation :

Nom et prénom :

Numéro de pratique :

Téléphone :

Télécopieur :

Signature du prescripteur

Renseignements cliniques : **LCR**

Liquide céphalo-rachidien (LCR)

Biochimie - LCR - 1 tube conique à bouchon vissé

- ACLCR Acide lactique  
 LDLCR Lactate déshydrogénase (LD)  
 LCRB Glucose et protéines **Tube # 1**

Hématologie spéciale - LCR - 1 tube conique à bouchon vissé

- LCRH Décompte cellulaire et différentiel **Tube # 3**

Immunologie - LCR - 1 tube TransFix à bouchon orange (2ml max par tube)

- ICF Cytométrie reliée au diagnostic  
Diagnostic (renseignement obligatoire) : **Tube # 4**  
 ICF Typage lympho % (T/B/NK)  
Diagnostic (renseignement obligatoire) :

Prélever le LCR dans des tubes stériles numérotés de façon séquentielle selon l'ordre de prélèvement suivant :

#1 : Biochimie, #2 : Microbiologie, #3 : Hématologie spéciale, #4 : Immunologie  
**Le premier tube ne doit pas être utilisé pour la microbiologie.**

Liquide bronco-alvéolaire (LBA)

Hématologie spéciale - LBA - 1 contenant stérile

- LBAH Décompte cellulaire et différentiel

Immunologie - LBA - 1 contenant stérile

- ICF Cytométrie reliée au diagnostic  
Diagnostic (renseignement obligatoire) :  
 ICF Typage lympho % (T/B/NK)  
Diagnostic (renseignement obligatoire) :

Liquide synovial

Hématologie spéciale - Liquide synovial - 1 tube vert hépariné

- LSYN Décompte cellulaire  
 DIFSY Différentiel

Pour les autres tests, voir la section : Autres liquides

Liquide dialyse péritonéale

Biochimie - Liquide dialyse péritonéale (dialysat) - 1 tube or gel

- URPER Urée  
 CRPER Créatinine  
 GLPER Glucose  
 PRPER Protéines

Pour les autres tests, voir la section : Autres liquides

Hématologie spéciale - 1 tube vert hépariné

- LBIOL Décompte cellulaire  
 DIFBI Différentiel

Identification du patient - Renseignements obligatoires\*

\* Nom, prénom ET numéro de dossier OU RAMQ OU date de naissance et sexe.

Nom, Prénom :

N° Dossier :

RAMQ :

Date de naissance :

Sexe :

Instructions au patient

Date prélèvement :

Heure :

Prélevé par :

Autres liquides

Précisez le type de liquide :

- Abdominal (ascite)  Péricardique  
 Péritonéal  Synovial  
 Pleural Précisez l'articulation :  
 Autre :

Biochimie - Autres liquides - 1 tube conique à bouchon vissé

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> UREEL Urée           | <input type="checkbox"/> PHOSL Phosphates                |
| <input type="checkbox"/> CREAL Créatinine     | <input type="checkbox"/> URATL Acide urique              |
| <input type="checkbox"/> GLUL Glucose         | <input type="checkbox"/> ALBL Albumine                   |
| <input type="checkbox"/> NAL Sodium           | <input type="checkbox"/> PROTL Protéines                 |
| <input type="checkbox"/> KL Potassium         | <input type="checkbox"/> BILT Bilirubine                 |
| <input type="checkbox"/> CLL Chlorures        | <input type="checkbox"/> LDL Lactate déshydrogénase (LD) |
| <input type="checkbox"/> BICL Bicarbonates    | <input type="checkbox"/> AMYLL Amylase                   |
| <input type="checkbox"/> ACLAL Acide lactique | <input type="checkbox"/> LIPAL Lipase                    |
| <input type="checkbox"/> CAL Calcium          | <input type="checkbox"/> CHOLL Cholestérol               |
| <input type="checkbox"/> MGL Magnésium        | <input type="checkbox"/> CHYLL Chylomicrons              |

Hématologie spéciale - Autres liquides : 1 tube vert hépariné

- LBIOL Décompte cellulaire  
 DIFBI Différentiel

Immunologie - Autres liquides - 1 tube vert hépariné

- ICF Cytométrie reliée au diagnostic  
Diagnostic (renseignement obligatoire) :  
 ICF Typage lympho % (T/B/NK)  
Diagnostic (renseignement obligatoire) :

Autres analyses : utiliser la requête appropriée

REQ0029 - Requête de microbiologie

Nom, Prénom :

N° Dossier :

RAMQ :

Date de naissance :

Sexe :

Date prélèvement :

Heure :

Prélevé par :

REQUÊTE DE MICROBIOLOGIE

Identification du prescripteur - Renseignements obligatoires

Lieu de consultation :

Nom et prénom :

Numéro de pratique :

Téléphone :

Télécopieur :

Signature du prescripteur :

Renseignements cliniques (OBLIGATOIRES pour les analyses suivies de \*\*\*)

Allergie à la pénicilline :  Non  Oui

Veillez compléter une requête pour chaque échantillon

Échantillon - OBLIGATOIRE  
L'absence de cette information pourrait conduire à l'annulation de l'analyse

Analyse

Nature	Site
<input type="checkbox"/> Aspiration	<input type="checkbox"/> Abdomen
<input type="checkbox"/> Biopsie/tissu C	<input type="checkbox"/> Aisselle <input type="radio"/> D <input type="radio"/> G
<input type="checkbox"/> Écouvillonnage O	<input type="checkbox"/> Appareil lacrymal <input type="radio"/> D <input type="radio"/> G
<input type="checkbox"/> Grattage C →	<input type="checkbox"/> Anus/rectum
<input type="checkbox"/> Ongle H	<input type="checkbox"/> Col
<input type="checkbox"/> Pus E	<input type="checkbox"/> Conjonctive <input type="radio"/> D <input type="radio"/> G
<input type="checkbox"/> Sécrétions Z	<input type="checkbox"/> Cornée <input type="radio"/> D <input type="radio"/> G
<input type="checkbox"/> Squames	<input type="checkbox"/> Gorge
<input type="checkbox"/> Vésicule	<input type="checkbox"/> Humeur aqueuse <input type="radio"/> D <input type="radio"/> G
<input type="checkbox"/> Cheveux	<input type="checkbox"/> Humeur vitrée <input type="radio"/> D <input type="radio"/> G
<input type="checkbox"/> Écouvillonnage vagin/anus	<input type="checkbox"/> Langue
<input type="checkbox"/> Ectoparasite (identification)#	<input type="checkbox"/> Main <input type="radio"/> D <input type="radio"/> G
<input type="checkbox"/> Expectorations	<input type="checkbox"/> Narine
<input type="checkbox"/> Lavage broncho-alvéolaire (LBA)	<input type="checkbox"/> Nasopharynx (SNP)
<input checked="" type="checkbox"/> Liquide céphalo-rachidien (LCR)	<input type="checkbox"/> Omphalite
<input type="checkbox"/> Sécrétions bronchiques	<input type="checkbox"/> Pied <input type="radio"/> D <input type="radio"/> G
<input type="checkbox"/> Sécrétions endotrachéales	<input type="checkbox"/> Plaie _____
<input type="checkbox"/> Selles	<input type="checkbox"/> Urètre
<input type="checkbox"/> Sperme	<input type="checkbox"/> Vagin
<input type="checkbox"/> Autre : _____	<input type="checkbox"/> Autre : _____

**Bactériologie**

Culture aérobie + Gram

Culture anaérobie

Culture de *N. gonorrhoeae*

Hémostologie

Streptocoque groupe B (Vagin/Anus)

*Legionella* (Ag) (urine)

Microorganisme : \_\_\_\_\_

Auramine/Ziehl

BGNPC

BGNMR

BLSE

*C. difficile*

ERV

SARM

Routine vaginite (Score Nugent/levures)

Culture de mycobactéries (TB)

**Mycologie**

*Cryptococcus neoformans* (Ag) (LCR)

Galactomannane (Ag) (LBA)

*Pneumocystis jirovecii* (Ag) (LBA)

Autres : \_\_\_\_\_

Levures

*Aspergillus* spp.

Agents de mycoses profondes

Dermatophytes

**Parasitologie**

Oxyures

Parasites intestinaux \*\*\*

Parasites urinaires \*\*\*

*Trichomonas vaginalis* (Ag)

*Cryptosporidium* spp. \*\*\*

*Entamoeba histolytica* \*\*\*

*Giardia lamblia* \*\*\*

*Strongyloides* spp. (culture)

**Virologie**

Culture virale\*\*\* : \_\_\_\_\_

Rotavirus/Adénovirus (Ag) (selles)

**Biologie moléculaire (PCR/TAAN)**

TAAN *B. pertussis/M. pneumoniae* (SNP)

TAAN Calicivirus (selles)\*\*\*

TAAN *C. trachomatis/N. gonorrhoeae*

TAAN Cytomégalovirus (CMV)

TAAN Entérovirus

TAAN Herpès simplex (HSV) 1 et 2

TAAN Influenza A/B et RSV

TAAN *Mycobacterium tuberculosis*

TAAN *Mycoplasma genitalium*\*\*\*

TAAN Panel respiratoire \*\*\*

TAAN Shigatoxine (selles)

TAAN Varicella-Zoster (VZV)

TAAN autres : \_\_\_\_\_

Pour les autres TAAN sur le sang, voir la requête de sérologie (REQ0060)  
Pour les TAAN JC/BK virus, voir la requête du laboratoire de diagnostic moléculaire.

Index  
\*\*\* : Renseignements cliniques obligatoires  
# : Pour l'identification des tiques, tous les déplacements des 2 dernières semaines à l'extérieur de la région de résidence doivent être inscrits sur la requête

Autres analyses



**REQUÊTE DE CYTOLOGIE**

**Identification du prescripteur - Renseignements obligatoires**

Lieu de consultation :

Nom et prénom :

Numéro de pratique :

Téléphone :

Télécopieur :

Signature du prescripteur :

**Renseignements cliniques :**

LCR:

Cytologie antérieure :  Non  Oui date : \_\_\_\_\_

**Gynécologie**

Dépistage de cancer

Provenance :  Vulve

Vagin

Exocol

Endocol

Date des D. M. : \_\_\_\_\_

Rythme menstruel : \_\_\_\_\_

Gravida : \_\_\_\_\_

Para : \_\_\_\_\_

Traitement hormonal (type, date) : \_\_\_\_\_

Stérilet : \_\_\_\_\_

Traitement radiothérapeutique (date) : \_\_\_\_\_

Chirurgie : \_\_\_\_\_

**Non-gynécologie**

**Pulmonaire**  
(Alcool 10,9 mol/L)

**Urinaire**  
(Alcool 23 mol/L)

**Digestif**  
(Alcool 23 mol/L)

**Épanchement/Ponction**  
(Alcool 10,9 mol/L)

Expectoration

Miction

Œsophage

Pleural site : \_\_\_\_\_

Sec. Bronchique

Cathétérisme

Estomac

Péritonéal site : \_\_\_\_\_

Lav. Bronchique

Duodénum

Péricardiaque site : \_\_\_\_\_

Brossage (coplin d'alcool 23 mol/L)

Cholédoque

Kyste site : \_\_\_\_\_

Biopsie Trans-thoracique  
(coplin d'alcool 23 mol/L)

Rectum

Autre : \_\_\_\_\_

Autre : \_\_\_\_\_

**Sein** (Alcool 10,9 mol/L)

Liquide synovial (à l'état frais)

L.C.R. (Alcool 10,9 mol/L)

Chromatine sexuelle

Écoulement

Site : \_\_\_\_\_

Tube # 5

Autre : \_\_\_\_\_

Ponction/Aspiration

Peau grattage

Tube conique bouchon visse

1/2 LCR @ 1/2 alcool 10.9 mol/L

**Aspiration à l'aiguille fine** (Alcool 10,9 mol/L)

Pancréas

Surrénale

EBUS site : \_\_\_\_\_

Os site : \_\_\_\_\_

Foie

Parotide

EUS site : \_\_\_\_\_

Ganglion site : \_\_\_\_\_

Cerveau

Thyroïde

OEIL site : \_\_\_\_\_

Masse site : \_\_\_\_\_

Parathyroïde

Autres : \_\_\_\_\_

Service d'anatomo-pathologie et cytologie  
514-252-3525

M. Chevarie-Davis, D. Déry, J. Doyon, J. Ferreira, M-C. Guilbert, C. Hadj Kacem, A. Mitchell, T. Petrella,  
V. Royal. Pathologistes

Réservé au laboratoire