

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 :

Liquide céphalo-rachidien (LCR)

Biochimie - LCR - 1 tube conique à bouchon vissé

- ACLCR Acide lactique
 LDLCR Lactate déshydrogénase (LD)
 LCRB Glucose et protéines

Hématologie spéciale - LCR - 1 tube conique à bouchon vissé

- LCRH Décompte cellulaire et différentiel

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

- ICF Cytométrie reliée au diagnostic
Diagnostic (renseignement obligatoire) : _____
 ICF Ty page 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 Ty page 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 checked="" type="checkbox"/> GLUL Glucose | <input checked="" type="checkbox"/> ALBL Albumine |
| <input type="checkbox"/> NAL Sodium | <input checked="" type="checkbox"/> PROT1 Protéines |
| <input type="checkbox"/> KL Potassium | <input type="checkbox"/> BILT1 Bilirubine |
| <input type="checkbox"/> CLL Chlorures | <input checked="" type="checkbox"/> LDL Lactate déshydrogénase (LD) |
| <input type="checkbox"/> BICL Bicarbonates | <input checked="" type="checkbox"/> AMYLL Amylase |
| <input type="checkbox"/> ACLAL Acide lactique | <input checked="" 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 Ty page 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 checked="" 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"/> Comée <input type="radio"/> D <input type="radio"/> G
<input type="checkbox"/> Squames	<input type="checkbox"/> Gorge
<input type="checkbox"/> Vésicule	<input type="checkbox"/> Humeur acqueuse <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 v agin/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 type="checkbox"/> Liquide céphalo-rachidien (LCR)	<input type="checkbox"/> Omphalique
<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	
<input checked="" type="checkbox"/> Culture aérobie ⊕ Gram	<input type="checkbox"/> BGNPC
<input checked="" type="checkbox"/> Culture anaérobie pot culture	<input type="checkbox"/> BGNMR
<input type="checkbox"/> Culture de <i>N. gonorrhoeae</i> ou	<input type="checkbox"/> BLSE
<input type="checkbox"/> Hémo-culture tube Conique	<input type="checkbox"/> <i>C. difficile</i>
<input type="checkbox"/> Streptocoque groupe B (vagin/anus) visse	<input type="checkbox"/> ERV
<input type="checkbox"/> <i>Legionella</i> (Ag) (urine)	<input type="checkbox"/> SARM
<input type="checkbox"/> Microorganisme :	<input type="checkbox"/> Routine vaginite (Score Nugent/levures)
<input type="checkbox"/> Auramine/Ziehl	<input type="checkbox"/> Culture de mycobactéries (TB)

Mycologie	
<input type="checkbox"/> <i>Cryptococcus neoformans</i> (Ag) (LCR)	<input type="checkbox"/> Levures
<input type="checkbox"/> Galactomannane (Ag) (LBA)	<input type="checkbox"/> <i>Aspergillus</i> spp.
<input type="checkbox"/> <i>Pneumocystis jirovecii</i> (Ag) (LBA)	<input type="checkbox"/> Agents de mycoses profondes
<input type="checkbox"/> Autres :	<input type="checkbox"/> Dermatophytes

Parasitologie	
<input type="checkbox"/> Oxyures	<input type="checkbox"/> <i>Cryptosporidium</i> spp. ***
<input type="checkbox"/> Parasites intestinaux ***	<input type="checkbox"/> <i>Entamoeba histolytica</i> ***
<input type="checkbox"/> Parasites urinaires ***	<input type="checkbox"/> <i>Giardia lamblia</i> ***
<input type="checkbox"/> <i>Trichomonas vaginalis</i> (Ag)	<input type="checkbox"/> <i>Strongyloides</i> spp. (culture)

Virologie	
<input type="checkbox"/> Culture virale*** :	<input type="checkbox"/> Rotavirus/Adénovirus (Ag) (selles)

Biologie moléculaire (PCR/TAAN)	
<input type="checkbox"/> TAAN <i>B. pertussis</i> / <i>M. pneumoniae</i> (SNP)	<input type="checkbox"/> TAAN Influenza A/B et RSV
<input type="checkbox"/> TAAN Calicivirus (selles)***	<input type="checkbox"/> TAAN <i>Mycobacterium tuberculosis</i>
<input type="checkbox"/> TAAN <i>C. trachomatis</i> / <i>N. gonorrhoeae</i>	<input type="checkbox"/> TAAN <i>Mycoplasma genitalium</i> ***
<input type="checkbox"/> TAAN Cytomégalovirus (CMV)	<input type="checkbox"/> TAAN Panel respiratoire ***
<input type="checkbox"/> TAAN Entérovirus	<input type="checkbox"/> TAAN Shigatoxine (selles)
<input type="checkbox"/> TAAN Herpès simplex (HSV) 1 et 2	<input type="checkbox"/> TAAN Varicella-Zoster (VZV)
	<input type="checkbox"/> 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

<input type="checkbox"/> Cathéter non vasculaire	Précisez :
<input type="checkbox"/> Cathéter vasculaire	

<input type="checkbox"/> Corps étranger	Précisez :
<input checked="" type="checkbox"/> Liquide	<input type="checkbox"/> Articulaire
	<input type="checkbox"/> Pleural
	<input checked="" type="checkbox"/> Péritonéal
	<input type="checkbox"/> Autre : Ascite

<input type="checkbox"/> Sang (hémoculture)	<input type="checkbox"/> Périphérie
	<input type="checkbox"/> Cathéter
	<input type="checkbox"/> Sang de cordon

<input type="checkbox"/> Urine	<input type="checkbox"/> Mi-jet
	<input type="checkbox"/> Début de jet
	<input type="checkbox"/> Sonde urinaire
	<input type="checkbox"/> Cathétérisme
	<input type="checkbox"/> Sac pédiatrique

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 :

REQUÊTE DE CYTOLOGIE

Identification du prescripteur - Renseignements obligatoires

Lieu de consultation :

Nom et prénom :

Numéro de pratique :

Téléphone :

Télécopieur :

Signature du prescripteur :

Renseignements cliniques :

Cytologie antérieure : Non Oui date : _____

Prélèvement

Date prélèvement :

Heure prélèvement :

Prélevé par : _____

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)

Expectoration

Sec. Bronchique

Lav. Bronchique

Brossage (coplin d'alcool 23 mol/L)

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

Urinaire
(Alcool 23 mol/L)

Miction

Cathétérisme

Digestif
(Alcool 23 mol/L)

Œsophage

Estomac

Duodénum

Cholédoque

Rectum

Autre : _____

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

Pleural site : _____

Péritonéal site : ascite

Péricardique site : _____

Kyste site : _____

Autre : _____

1/2 ascite @ 1/2 alcool

Sein (Alcool 10,9 mol/L)

Écoulement

Ponction/Aspiration

Liquide synovial (à l'état frais)

Site : _____

Peau grattage

Site : _____

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

Chromatine sexuelle

Autre : _____

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

Pancréas

Foie

Cerveau

Surrénale

Parotide

Thyroïde

Parathyroïde

EBUS site : _____

EUS site : _____

OEIL site : _____

Os site : _____

Ganglion site : _____

Masse site : _____

Autres : _____