

**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 :** *épanchement pleural*

**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  
 DIFS 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 <b>Glucose</b> | <input type="checkbox"/> ALBL Albumine                                     |
| <input type="checkbox"/> NAL Sodium                     | <input checked="" type="checkbox"/> PROT <b>Protéines</b>                  |
| <input type="checkbox"/> KL Potassium                   | <input type="checkbox"/> BILT Bilirubine                                   |
| <input type="checkbox"/> CLL Chlorures                  | <input checked="" type="checkbox"/> LDL <b>Lactate déshydrogénase (LD)</b> |
| <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 Ty page lympho % (T/B/NK)  
Diagnostic (renseignement obligatoire) : \_\_\_\_\_

Autres analyses : utiliser la requête appropriée

**REQ0029 - Requête de microbiologie**

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 :

Date prélevement :

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

épanchement pleural

Veuillez compléter une requête pour chaque échantillon

Échantillon - OBLIGATOIRE

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

Analyse

Nature

Site

Bactériologie

- |  |  |
|--|--|
| <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 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 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 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 :   |

- Culture aérobie (+) Gram  BGNPC
- Culture anaérobie  BGNMR
- Culture de *N. gonorrhoeae*  BLSE
- Hémo-culture  *C. difficile*
- Streptocoque groupe B (vagin/anus)  ERV
- Legionella* (Ag) (urine)  SARM
- Microorganisme : \_\_\_\_\_  Routine vaginite (Score Nugent/levures)
- Auramine/Ziehl  Culture de mycobactéries (TB)

Mycologie

- Cryptococcus neoformans* (Ag) (LCR)  Levures
- Galactomannane (Ag) (LBA)  *Aspergillus* spp.
- Pneumocystis jirovecii* (Ag) (LBA)  Agents de mycoses profondes
- Autres : \_\_\_\_\_  Dermatophytes

Parasitologie

- Oxyures  *Cryptosporidium* spp. \*\*\*
- Parasites intestinaux \*\*\*  *Entamoeba histolytica* \*\*\*
- Parasites urinaires \*\*\*  *Giardia lamblia* \*\*\*
- Trichomonas vaginalis* (Ag)  *Strongyloides* spp. (culture)

Virologie

- Culture virale\*\*\* : \_\_\_\_\_  Rotavirus/Adénovirus (Ag) (selles)

Biologie moléculaire (PCR/TAAN)

- TAAN *B. pertussis*/*M. pneumoniae* (SNP)  TAAN Influenza A/B et RSV
- TAAN Calicivirus (selles)\*\*\*  TAAN *Mycobacterium tuberculosis*
- TAAN *C. trachomatis*/*N. gonorrhoeae*  TAAN *Mycoplasma genitalium* \*\*\*
- TAAN Cytomégalovirus (CMV)  TAAN Panel respiratoire \*\*\*
- TAAN Entérovirus  TAAN Shigatoxine (selles)
- TAAN Herpès simplex (HSV) 1 et 2  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

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 :

Télocopieur

Signature du prescripteur :

Renseignements cliniques : **épanchement  
Pleural**

Prélèvement

Date prélèvement :

Heure prélèvement :

Prélevé par :

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)

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

Cholécdoque

Rectum

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

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

Pleural site : **pot culture  
ou Tube Gyniq  
Bouchon vissé**

Péritonéal site : \_\_\_\_\_

Péricardiaque site : \_\_\_\_\_

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

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

**1/2 Liquide pleural @ 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 : \_\_\_\_\_

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 DU LABORATOIRE D'IMMUNOLOGIE

Identification du prescripteur - Renseignements obligatoires

Lieu de consultation :

Nom et prénom :

Numéro de pratique :

Téléphone :

Télécopieur :

Signature du prescripteur :

Instructions au patient

Renseignements cliniques : **Épanchement pleural**

Date prélevement :

Heure :

Prélevé par :

Note : la requête doit suivre l'échantillon

Cytométrie de flux

Analyse demandée (diagnostic/suivi)	Indication	Spécimen - Tube
<input type="checkbox"/> ICF Cytométrie reliée au diagnostic	<input type="checkbox"/> SLP <input type="checkbox"/> Leucémie aigue : <input type="checkbox"/> LMA <input type="checkbox"/> LLA-B <input type="checkbox"/> LLA-T <input type="checkbox"/> Autre :	<input type="checkbox"/> Sang (1L) <input type="checkbox"/> Moelle <input type="checkbox"/> Biopsie / Tissu <input type="checkbox"/> LCR (1TF) <input type="checkbox"/> LBA (1S) <input checked="" type="checkbox"/> Liquide Pleural (1V) <input type="checkbox"/> Autre :
<input type="checkbox"/> ICF Cytométrie reliée au suivi	<input type="checkbox"/> SMP <input type="checkbox"/> SMD <input type="checkbox"/> Myélome multiple <input type="checkbox"/> Autre :	
<b>Analyse demandée (bilan immun)</b>		<b>Spécimen - Tube</b>
<input type="checkbox"/> ICF Ty page lymphocytaire : % et nombres absolus (T/B/NK) (CD3, CD4, CD8, CD16/56, CD19) (Cette analyse n'est pas effectuée plus souvent qu'aux 3 mois)		<input type="checkbox"/> Sang (1L) <input type="checkbox"/> Autre :
<input type="checkbox"/> ICF Nombres absolus CD4-CD8 (Suivi V/H)		
<b>Analyse PNH</b>		<b>Spécimen - Tube</b>
<input type="checkbox"/> PNHL FLAER	<input type="checkbox"/> SMD <input type="checkbox"/> Anémie aplasique <input type="checkbox"/> Hémoglobinurie <input type="checkbox"/> AH non immune <input type="checkbox"/> Thrombose <input type="checkbox"/> Autre :	<input type="checkbox"/> Sang (exclusivement) : ne pas réfrigérer (1L)

1 Tube vert

Bilan d'immunodéficience (caractérisation des Lymphocytes)

ICF Bilan d'immunodéficience (1L)

Note : Ne pas enregistrer dans le SIL les indications suivantes

Lymphocytes T	Lymphocytes B	Cellules NK/NKT
<input type="checkbox"/> CD3/CD4/CD8 <input type="checkbox"/> CD45 RA/CD4 <input type="checkbox"/> CD45 RA-CD31/CD4 <input type="checkbox"/> CD45 RO/CD4 <input type="checkbox"/> CD3(+)/CD4(-)/CD8(-) <input type="checkbox"/> HLADR/CD3 <input type="checkbox"/> HLADR/CD4	<input type="checkbox"/> CD19 <input type="checkbox"/> CD20 <input type="checkbox"/> CD27/CD19	<input type="checkbox"/> CD3(-) CD56(+) <input type="checkbox"/> CD16(+) CD56(+) <input type="checkbox"/> CD3(+) CD56(+)
<input type="checkbox"/> CD45 RA/CD8 <input type="checkbox"/> CD45 RA-CD31/CD8 <input type="checkbox"/> CD45 RO/CD8		<b>Spécimen - Tube</b> <input type="checkbox"/> Sang (1L) <input type="checkbox"/> Autre :
<input type="checkbox"/> Autres :		

Légende

Index des tubes à prélever

Autres analyses

AH : Anémie hémolytique  
LBA : Lavage broncho-alvéolaire  
LCR : Liquide céphalo-rachidien  
LLA : Leucémie lymphoblastique  
LLC : Leucémie lymphoïde chronique  
LMA : Leucémie myéloblastique  
PNH : Hémoglobinurie paroxystique nocturne  
SLP : Syndrome lymphoprolifératif  
SMD : Syndrome myélodysplasique  
SMP : Syndrome myéloprolifératif

L : Tube lavande  
S : Contenant stérile  
TF : Tube transfix (2mL max par tube)  
V : Tube vert  
Le chiffre devant la lettre indique le nombre de tubes à prélever

Identification du patient - Renseignements obligatoires

\*Utiliser la carte HMR ou d'assurance-maladie du patient

Nom: \_\_\_\_\_ Prénom: \_\_\_\_\_

Numéro de dossier: \_\_\_\_\_

RAMQ: \_\_\_\_\_

Date de naissance: \_\_\_\_aaaa\_\_ - \_\_\_\_mm\_\_ - \_\_\_\_jj\_\_ Sexe: \_\_\_\_\_

No. Tél: \_\_\_\_\_

Résultats STAT Tél.: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_

Identification du prescripteur - Renseignements obligatoires

Nom et prénom: \_\_\_\_\_

Numéro de pratique: \_\_\_\_\_

Pour cliniques: Lieu de consultation: \_\_\_\_\_

Téléphone du prescripteur: \_\_\_\_\_

Télécopieur du prescripteur: \_\_\_\_\_

Date prélèvement: \_\_\_\_aaaa\_\_ - \_\_\_\_mm\_\_ - \_\_\_\_jj\_\_

Heure: \_\_\_\_h\_\_ \_\_\_\_

Lieu de prélèvement: \_\_\_\_\_

Prélevé par: \_\_\_\_\_

Données du patient

Date: \_\_\_\_\_ Heure: \_\_\_\_\_

Température: \_\_\_\_\_ degrés Celsius

Saturomètre: \_\_\_\_\_ %

- Air libre
- Canule nasale \_\_\_\_\_ L/min
- Cloche \_\_\_\_\_ %
- Collier trachéal \_\_\_\_\_ %
- Isolette \_\_\_\_\_ %
- Tube en T \_\_\_\_\_ %
- Tente faciale \_\_\_\_\_ %
- Traitement d'inhalo en cours

- Masque à O<sub>2</sub> \_\_\_\_\_ %
- Opti Flow  
F<sub>O<sub>2</sub></sub> \_\_\_\_\_ % Débit \_\_\_\_\_ L/min
- Post-intubation
- Post-Extubation \_\_\_\_\_ %
- Post-traitement d'inhalo
- Ventilation manuelle

- Bipap
- CPAP
- Respirateur
- F<sub>I</sub>O<sub>2</sub>: \_\_\_\_\_ % Pression
- PEEP: \_\_\_\_\_ cm H<sub>2</sub>O
- Fréquence assistée \_\_\_\_\_ /min
- Pression assistée \_\_\_\_\_ cm H<sub>2</sub>O
- Pression contrôlée \_\_\_\_\_ cm H<sub>2</sub>O
- ETCO<sub>2</sub>: \_\_\_\_\_ mm Hg

<input type="checkbox"/> Sang capillaire (nouveau-né seulement)	<input type="checkbox"/> Sang artériel	<input type="checkbox"/> Sang veineux mêlé (cathéter artère pulmonaire)	<input type="checkbox"/> Sang capillaire adulte	<input type="checkbox"/> Sang veineux périphérique (tube vert - héparine de lithium)
<input type="checkbox"/> (gazn) Bilan complet (toutes les analyses ci-dessous)	<input type="checkbox"/> (gaza) Bilan complet (toutes les analyses ci-dessous)	<input type="checkbox"/> (gazvm) Bilan complet (toutes les analyses ci-dessous)	<input type="checkbox"/> (gazc) Bilan complet (toutes les analyses ci-dessous)	<input type="checkbox"/> (gazv) Bilan complet (toutes les analyses ci-dessous)
<input type="checkbox"/> (gazn1) Bilan acido-basique (pH, PCO <sub>2</sub> , PO <sub>2</sub> , Bicarbonates, CO <sub>2</sub> total, Excès de base)	<input type="checkbox"/> (gaza1) Bilan acido-basique (pH, PaCO <sub>2</sub> , PaO <sub>2</sub> , Bicarbonates, CO <sub>2</sub> total, Excès de base)	<input type="checkbox"/> (gazvm1) Bilan acido-basique (pH, PCO <sub>2</sub> , PO <sub>2</sub> , Bicarbonates, CO <sub>2</sub> total, Excès de base)	<input type="checkbox"/> (gazc1) Bilan acido-basique (pH, PCO <sub>2</sub> , PO <sub>2</sub> , Bicarbonates, CO <sub>2</sub> total, Excès de base)	<input type="checkbox"/> (gazv1) Bilan acido-basique (pH, PCO <sub>2</sub> , Bicarbonates, CO <sub>2</sub> total, Excès de base)
<input type="checkbox"/> (gazn2) Oxymétrie et saturation (Hémoglobine totale, Oxyhémoglobine, Carboxyhémoglobine, Méthémoglobine, Saturation O <sub>2</sub> )	<input type="checkbox"/> (gaza2) Oxymétrie et saturation (Hémoglobine totale, Oxyhémoglobine, Carboxyhémoglobine, Méthémoglobine, Saturation O <sub>2</sub> )	<input type="checkbox"/> (gazvm2) Oxymétrie et saturation (Hémoglobine totale, Oxyhémoglobine, Carboxyhémoglobine, Méthémoglobine, Saturation O <sub>2</sub> )	<input type="checkbox"/> (gazc2) Oxymétrie et saturation (Hémoglobine totale, Carboxyhémoglobine, Méthémoglobine)	<input type="checkbox"/> (gazv2) Oxymétrie et saturation (Carboxyhémoglobine, Méthémoglobine)
<input type="checkbox"/> (gazn3) Bilan électrolytique et métabolique (Sodium, Chlorure, Potassium, Calcium ionisé, Glucose, Lactate)	<input type="checkbox"/> (gaza3) Bilan électrolytique et métabolique (Sodium, Chlorure, Potassium, Calcium ionisé, Glucose, Lactate)	<input type="checkbox"/> (gazvm3) Bilan électrolytique et métabolique (Sodium, Chlorure, Potassium, Calcium ionisé, Glucose, Lactate)		<input type="checkbox"/> (gazv3) Bilan électrolytique et métabolique (Sodium, Chlorure, Potassium, Glucose, Lactate)

<input type="checkbox"/> Sang de cordon artériel	<input type="checkbox"/> Sang de cordon veineux	<input checked="" type="checkbox"/> Liquide pleural	<input type="checkbox"/> Sérum (tube or gel)	<input type="checkbox"/> Autres	<input type="checkbox"/> À l'usage du laboratoire
<input type="checkbox"/> (gazca) Bilan acido-basique (pH, PaCO <sub>2</sub> , PaO <sub>2</sub> , Bicarbonates, Excès de base)	<input type="checkbox"/> (gazcv) Bilan acido-basique (pH, PCO <sub>2</sub> , PO <sub>2</sub> , Bicarbonates, Excès de base)	<input type="checkbox"/> (phpl) pH, PCO <sub>2</sub> <input checked="" type="checkbox"/> (phl) pH	<input type="checkbox"/> (caio) Ca ionisé	Préciser: _____	Étiquette d'enregistrement ici
		<b>Tube Conique à bouchon vissé ou Seringue</b>			