

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 <u>Glucose</u> | <input type="checkbox"/> ALBL Albumine |
| <input type="checkbox"/> NAL Sodium | <input checked="" type="checkbox"/> PROT <u>Protéines</u> |
| <input type="checkbox"/> KL Potassium | <input type="checkbox"/> BILT Bilirubine |
| <input type="checkbox"/> CLL Chlorures | <input checked="" type="checkbox"/> LDL <u>Lactate déshydrogénase (LD)</u> |
| <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 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

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"/> Ombrilic |
| <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 :

Télécopieur

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

Cholédoque

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 :	
Analyse demandée (bilan immun)		Spécimen - Tube
<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)		
Analyse PNH		Spécimen - Tube
<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		Spécimen - Tube <input type="checkbox"/> Sang (1L) <input type="checkbox"/> Autre :
<input type="checkbox"/> CD45 RO/CD8		
<input type="checkbox"/> HLADR/CD3 <input type="checkbox"/> HLADR/CD4		
<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: _____ 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: _____

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 O₂ _____ %
- Opti Flow
F_{O₂} _____ % Débit _____ L/min
- Post-intubation
- Post-Extubation _____ %
- Post-traitement d'inhalo
- Ventilation manuelle

- Bipap
- CPAP
- Respirateur
- F_IO₂: _____ % Pression
- PEEP: _____ cm H₂O
- Fréquence assistée _____ /min
- Pression assistée _____ cm H₂O
- Pression contrôlée _____ cm H₂O
- ETCO₂: _____ 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 ₂ , PO ₂ , Bicarbonates, CO ₂ total, Excès de base)	<input type="checkbox"/> (gaza1) Bilan acido-basique (pH, PaCO ₂ , PaO ₂ , Bicarbonates, CO ₂ total, Excès de base)	<input type="checkbox"/> (gazvm1) Bilan acido-basique (pH, PCO ₂ , PO ₂ , Bicarbonates, CO ₂ total, Excès de base)	<input type="checkbox"/> (gazc1) Bilan acido-basique (pH, PCO ₂ , PO ₂ , Bicarbonates, CO ₂ total, Excès de base)	<input type="checkbox"/> (gazv1) Bilan acido-basique (pH, PCO ₂ , Bicarbonates, CO ₂ total, Excès de base)
<input type="checkbox"/> (gazn2) Oxymétrie et saturation (Hémoglobine totale, Oxyhémoglobine, Carboxyhémoglobine, Méthémoglobine, Saturation O ₂)	<input type="checkbox"/> (gaza2) Oxymétrie et saturation (Hémoglobine totale, Oxyhémoglobine, Carboxyhémoglobine, Méthémoglobine, Saturation O ₂)	<input type="checkbox"/> (gazvm2) Oxymétrie et saturation (Hémoglobine totale, Oxyhémoglobine, Carboxyhémoglobine, Méthémoglobine, Saturation O ₂)	<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 ₂ , PaO ₂ , Bicarbonates, Excès de base)	<input type="checkbox"/> (gazcv) Bilan acido-basique (pH, PCO ₂ , PO ₂ , Bicarbonates, Excès de base)	<input type="checkbox"/> (phpl) pH, PCO ₂ <input checked="" type="checkbox"/> (phl) pH	<input type="checkbox"/> (caio) Ca ionisé	Préciser: _____	Étiquette d'enregistrement ici

Tube
Conique
à bouchon
visse ou
seringue