



Laboratoire CSSS Richelieu-Yamaska

Répertoire des analyses de biologie médicale

Août 2011

Section Introduction



Introduction

Le répertoire des analyses de laboratoire est avant tout un outil destiné à notre clientèle dans le but de diffuser notre offre de services. Ainsi, nous contribuons à assurer un prélèvement adéquat pour les analyses demandées (prescrites) en déterminant les conditions pré-analytiques :

- ✓ Choix du tube et/ou contenant;
- ✓ Conservation et transport;
- ✓ Particularité et consignes spécifiques à l'analyse pour certains examens de laboratoire.

Les objectifs poursuivis

Les standards de qualité, l'amélioration continue et l'approche clientèle sont parmi les objectifs qui ont toujours été, pour le laboratoire du CSSSRY, une source d'inspiration.

La présentation du contenu

Vous constaterez quelques modifications qui ont été apportées dont certaines font suite aux commentaires des utilisateurs que nous avons jugé pertinents d'y apporter : spécification pour le jeûne, description détaillée des tubes et contenants et codes de couleur selon la responsabilité clinique. Nous espérons que cette nouvelle édition vous sera utile et conviviale.

Consignes générales :

Identification des requêtes et des spécimens des demandes d'analyses acheminés au laboratoire

INFO-LABORATOIRE

2009-03-11

A tous les utilisateurs

Objet: Identification des requêtes et des spécimens des demandes d'analyses acheminés au laboratoire

Madame, Monsieur,

Afin d'offrir des services sécuritaires et de qualité aux usagers, le laboratoire doit se conformer aux normes ISO définies dans le processus d'agrément.

L'ensemble des exigences pré-analytiques doit être respecté afin que l'échantillon soit conforme et analysé. La double identification des spécimens et des requêtes est une exigence ISO. On entend par double identification deux identifications univoques pour la requête et le spécimen (ex. nom de l'utilisateur et # dossier ou nom de l'utilisateur et #RAMQ).

Nous rejeterons tout échantillon ou toute demande d'analyses incomplète ou dont les informations sont discordantes à l'exception d'un échantillon unique (spécimen cytologie, pathologie, liquides biologiques). Les spécimens de cytologie et de pathologie seront retournés; quant aux liquides biologiques (ex. : LCR), l'analyse sera effectuée après avoir communiqué avec la personne responsable du prélèvement. Le nom de cette dernière apparaîtra au rapport et le résultat sera disponible.

Vous trouverez ci-joint un tableau précisant les renseignements obligatoires et complémentaires que l'on doit retrouver sur la requête et le spécimen.

Nous vous remercions de votre collaboration.

p.j.

RENSEIGNEMENTS OBLIGATOIRES	
TOUS TYPES DE DEMANDES	
<i>SPÉCIMEN</i>	<i>FORMULAIRE D'ORDONNANCE</i>
① nom et prénom de l'utilisateur et # dossier CSSSRY ou d'assurance maladie (RAMQ)	① Nom et prénom de l'utilisateur et # de dossier ou d'assurance maladie de l'utilisateur (RAMQ) ② date et heure de prélèvement ③ provenance (clinique, résidence, etc...) ④ signature du médecin requérant ⑤ nom et prénom du médecin (<i>en lettres moulées</i>) + # permis d'exercice ⑥ analyses demandées
RENSEIGNEMENTS OBLIGATOIRES ADDITIONNELS SPÉCIFIQUES	
BANQUE DE SANG	
<ul style="list-style-type: none"> Date et heure de prélèvement Initiales du préleveur 	<ul style="list-style-type: none"> Signature du préleveur
CYTOLOGIE	
<ul style="list-style-type: none"> Etant donné l'espace restreint sur les lames de cytologie, la date de naissance pourra être substituée au # RAMQ (année-mois-jour) 	<ul style="list-style-type: none"> Renseignements cliniques obligatoires
PATHOLOGIE	
<ul style="list-style-type: none"> Date du prélèvement Nature et site du prélèvement (utilisation des lettres A, B, C,...) conformément à la requête. Nom du médecin requérant 	<ul style="list-style-type: none"> Renseignements cliniques et antécédents pertinents Nature du tissu et site du prélèvement avec le nombre de pièces prélevées (utilisation des lettres A, B, C, ...) conformément aux contenants.
*TOUTE DEMANDE ILLISIBLE OU INCOMPLÈTE SERA RETOURNÉE AU MÉDECIN REQUÉRANT	
Renseignements complémentaires (selon le type d'analyse)	
	<ul style="list-style-type: none"> <i>Poids et taille, heure de prise du médicament, date des dernières menstruations</i> <i>Renseignements cliniques pertinents</i>

POSITION CONFORME DES CODES À BARRES SUR TOUS LES TUBES

2011-11-16

**Tube avant l'ajout du code
à barres**



**Le code à barres est
apposé de façon à
masquer l'étiquette de la
compagnie Greiner**



**Une fenêtre est respectée
pour la lecture de
l'appareil
(minimum 6 mm)**



Original signé

Dre Marie Gingras, PhD, DEPD, CSPQ
Chef du service clinique de biochimie

Hôpital Honoré-Mercier
Pavillon Hervé-Gagnon
2750, boulevard Laframboise
Saint-Hyacinthe (Québec) J2S 4Y8
www.santemonteregie.qc.ca

Département de biologie médicale
Service de biochimie
Téléphone : (450) 771-3333, poste 3535
Télécopieur : (450) 771-3510



Acheminement des spécimens :

Les règlements de transport de matières dangereuses sont disponibles sur le site internet de Transport Canada. Toute personne qui effectue le transport de spécimen humain exempté et/ou de matières infectieuses doit posséder la certification pour le transport terrestre. Veuillez prendre note que la modification 6 aux règlements affecte le classement des agents pathogènes et les contenants à utiliser selon s'il s'agit d'un spécimen humain exempté, ou une substance biologique catégorie B ou d'une matière infectieuse catégorie A. De plus, l'utilisation du numéro UN approprié s'ajoute à l'identification du colis. Nous vous invitons fortement à prendre connaissance de la nouvelle version de la procédure de transport de spécimen humain exempté et de matières infectieuses.

Pour les prélèvements réalisés à l'interne, ceux-ci sont acheminés au laboratoire soit :

- par le système pneumatique pour les objets autorisés (veuillez vous référer à la procédure de transport de spécimens biologiques et de produits sanguins par pneumatique pour la liste complète des restrictions)
- directement à la réception du laboratoire
- déposés dans le guichet « dépôt des spécimens » situé à la gauche de la réception

Consignes générales (suite):

Conservation des spécimens :

Idéalement les tubes avec gel devraient être centrifugés lorsque la coagulation est complète, soit environ 30 minutes après le prélèvement. Advenant qu'une centrifugeuse ne soit pas accessible, les spécimens non stabilisés doivent être acheminés au laboratoire dans un délai maximum de 2 heures. Pour les analyses dont le délai et/ou mode de conservation différent, vous trouverez les consignes qui s'appliquent dans les remarques.

Température et délais de conservation des échantillons en hémostase

ANALYSE	ECHANTILLON	T°	DÉLAI MAXIMAL DE CONSERVATION
RNI/PT <i>(Temps de Quick, prothrombine)</i>	Non centrifugé et non débouché Centrifugé et non décanté Centrifugé, décanté et bouché	18 à 25°C	24 heures
PTT <i>(Temps de céphaline activée)</i> Anti-Xa Usager traité à l'héparine non fractionnée	Non centrifugé et non débouché	18 à 25°C	1 heure
	Centrifugé à l'intérieur d'une heure et non débouché	18 à 25°C	4 heures
PTT <i>(Temps de céphaline activée)</i> Usager non traité à l'héparine	Non centrifugé et non débouché Centrifugé et non décanté	18 à 25°C	6 heures
D-Dimère, dosage de facteurs, TT, etc.	Non centrifugé et non débouché Centrifugé, décanté et bouché	18 à 25°C	4 heures

Consignes générales (suite):

Élimination du matériel utilisé aux ponctions veineuses :

Afin d'assurer un milieu sécuritaire pour le personnel et les usagers, des bacs jaunes pour objets tranchants doivent être disponibles pour l'élimination en toute sécurité des aiguilles. Il est déconseillé de remettre le bouchon à une aiguille ayant servi à effectuer une ponction veineuse.

Les tubes qui ne sont pas utilisés et qui sont éliminés, voir à ce que l'établissement puisse s'assurer que la procédure soit en règle avec les normes de l'environnement.

Les tubes avec présence de sang doivent être autoclavés avant leur élimination à un site d'enfouissement.

Consignes pour le personnel du CSSSRY : les bacs pour objets tranchants et sacs jaunes avec le sigle biorisque sont autoclavés avant leur départ vers un site d'enfouissement.



Personnes ressources

Madame Johanne Lussier, chef des services de biologie médicale

Téléphone : (450)771-3333 poste 3543

Télécopieur : (450)771-3510

Courriel : johanne.lussier@rrsss16.gouv.qc.ca

Mme Josée Archambault, assistante chef, laboratoire

Téléphone : (450) 771-3333 poste 3546

Télécopieur : (450) 771-3510

Courriel : josee.archambault@rrsss16.gouv.qc.ca

Mme Vanessa Laflamme, assistante chef, laboratoire

Téléphone : (450) 771-3333 poste 3548

Télécopieur : (450) 771-3510

Courriel : vanessa.laflamme@rrsss16.gouv.qc.ca



Chefs de service clinique et médecins spécialistes du laboratoire



Biochimiste :

Dre Marie Gingras, Ph D, DEPD, CSPQ

Hématologistes :

**Dr Gilles Cuirot
Dr François Perreault**



Microbiologistes :

**Dre Andrée-Anne Beaulieu
Dr Daniel Eymard
Dre Anne Vibien**

Pathologiste :

**Dr Daniel Gervais
Dr Jean Piché**

Pour contacter un médecin du laboratoire, communiquer avec la téléphoniste.

Pour rejoindre un hématologiste de jour, vous pouvez vous adresser au service d'oncologie (poste 3258).



Liste des examens de laboratoire faits en urgence

Règle d'utilisation	
Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens	N° : CMDP 06
Objet : Examens de laboratoire faits en urgence	

Seules les analyses de laboratoire suivantes peuvent être demandées d'urgence et ce, en tout temps.

Biochimie

Analyses sériques :

Acide urique (éclampsie)
Amylase
Bilan hépatique (bilirubine totale, ALT, phosphatase alcaline)
* β -HCG
Bilirubine totale
Calcium total/calcium ajusté pour situations exceptionnelles (ex. : status epilepticus)
Calcium ionisé mesuré
CK
*CK-MB
Créatinine
Électrolytes (sodium, potassium, chlorures)
Glucose
Magnésium : (hypokaliémie rebelle et hyperalimantation veineuse)
Médicaments (acétaminophène, salicylates)
*Troponine T
Trou anionique
Trou osmolaire
Urée et urée/créatinine (insuffisance rénale aigüe)

Analyses sur sang total :

Bilan acido-basique veineux et artériel
Lactate (hyperlactatémie hypoxiques : état de choc, arrêt cardiaque, intoxication au CO, asthme aigu; hyperlactatémies non hypoxiques liées à des maladies métaboliques, des intoxications alcooliques ou médicamenteuses, des erreurs congénitales métaboliques)

Analyses urinaires :

Examen sommaire et complet
Électrolytes (Na-K-Cl) sur une miction
Amylase
**Protéines

Analyses sur L.C.R. :

Protéines
Glucose

Accepté par l'exécutif du C.M.D.P.
Le 10 mars 2009

Adopté par le conseil d'administration
Le 15 avril 2009

date : règle-cmdp-rnk-rmdp 06 révisé version 2008.doc

Hématologie

D-dimère (thrombose veineuse profonde, embolie pulmonaire)
Fibrinogène (thrombolyse)
Profil hématologique
Prothrombine et P.T.T.
Temps de saignement
Sédimentation (arthrite temporaire)
Recherche de malaria

Banque de sang :

Compatibilité
Groupe et Rh
Coombs (nouveau-né)


Microbiologie

L.C.R. et autres liquides biologiques normalement stériles :
- gram stat
- décompte cellulaire
- ensemencement pour culture
Hémoculture
Culture urinaire (pour enfants de 0-17 ans, quart de jour, 7 jours/semaine)
- ensemencement
- identification
Dépistage toxine C. difficile
Dépistage SARM

*Note : Délai possible de 2 heures ou moins

**Note : Les protéines urinaires (femmes enceintes) sont effectuées une fois par jour les samedis, dimanches et jours fériés

N.B. : La technicienne de garde a ordre de refuser toute autre analyse demandée, mais doit en aviser l'aiguilleur de l'unité de soins concernée qui, à son tour, doit en aviser le médecin requérant. Cependant, dans l'intérêt du patient, le médecin traitant pourrait exiger une analyse urgente non incluse dans cette liste en communiquant avec le chef du service concerné (microbiologie, biochimie, hématologie, pathologie).


D' Pierre Tremblay, secrétaire de l'exécutif du C.M.D.P.


M. Daniel Castonguay, secrétaire du conseil d'administration


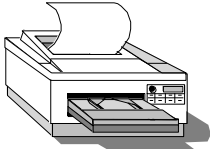
LISTE DES RÉSULTATS CRITIQUES

ANALYSES	BAS	EFFETS POSSIBLES	ELEVÉ	EFFETS POSSIBLES
Bilirubine (bébé)	~		> 310	Dommmages au cerveau
Calcium	< 1,5 mmol/L	Tétanie, convulsions	> 3,25 mmol/L	Coma
Calcium (bébé)	< 1,5 mmol/L	Tétanie, convulsions	> 3,25 mmol/L	Coma
Calcium ionisé (mesuré)	< 0,75 mmol/L	Tétanie, convulsions, arythmie cardiaque, arrêt cardiaque	> 1,60 mmol/L	Arythmie cardiaque, arrêt cardiaque, problèmes neuropsychiatriques.
CK			> 1000 UI/ml	Selon l'état clinique
Créatinine			> 700 µmol/L	
Créatinine (patient hémodialysé)			> 1000 µmol/L	
Glucose	< 2,2 mmol/L	Dommmage au cerveau	> 38,9 mmol/L	Coma diabétique
Glucose (bébé)	< 1,7 mmol/L	Dommmage au cerveau	> 16,7 mmol/L	Coma diabétique
Osmolalité (sérum)	< 250 mOsmol/Kg	Troubles neurologiques	> 330 mOsmol/Kg	Troubles neurologiques
Lactate			> 5,0 mmol/L	Hypoxie tissulaire
Phosphore	< 0,3 mmol/L	Crises convulsives, coma	~	
Potassium	< 2,5 mmol/L	Faiblesse musculaire, paralysie, arythmie cardiaque	> 6,5 mmol/L	Cardiotoxicité avec arythmies
Potassium (bébé)	< 2,5 mmol/L	Faiblesse musculaire, paralysie, arythmie cardiaque	> 8,0 mmol/L	Cardiotoxicité avec arythmies
Salicylates	~	Faiblesse musculaire, paralysie, arythmie cardiaque	> 5,0 mmol/L	Cardiotoxicité avec arythmies
Sodium	< 120 mmol/L	Déshydratation extrême, collapsus vasculaire ou œdème, hypervolémie, défaillance cardiaque	> 160 mmol/L	Déshydratation extrême, collapsus vasculaire ou œdème, hypervolémie, défaillance cardiaque
Magnésium	< 0,5 mmol/L	Crises, convulsions	> 6,0 mmol/L	Arrêt respiratoire
Urée			> 40 mmol/L	
Bicarbonate	< 10,0 mmol/L	Patrons complexes d'acidose, alcalose et d'anoxémie	> 40 mmol/L	Patrons complexes d'acidose, alcalose et d'anoxémie
PCO ₂ artériel ou capillaire	< 20 mmHg	Patrons complexes d'acidose, alcalose et d'anoxémie	> 70 mmol/L	Patrons complexes d'acidose, alcalose et d'anoxémie
pH artériel ou capillaire	< 7,2	Patrons complexes d'acidose, alcalose et d'anoxémie	> 7,6	Patrons complexes d'acidose, alcalose et d'anoxémie
PO ₂ artériel ou capillaire	< 40 mmHg	Patrons complexes d'acidose, alcalose et d'anoxémie	~	
Globules blancs (leucocytes)				
• nouveau-né > 2 jours	≤ 1,5	Risque d'infection	≥ 35,0	Infection, leucémie
• enfant	≤ 1,5	Risque d'infection	≥ 30,0	Infection, leucémie
• adulte	≤ 1,5	Risque d'infection	≥ 30,0	Infection, leucémie
Globules rouges (Hb) :				
• bébé > 14 jours	≤ 70	Asthénie	≥ 250	Thrombose
• bébé > 1 mois	≤ 70	Asthénie	≥ 200	Thrombose
• bébé > 2 mois	≤ 70	Asthénie	≥ 175	Thrombose
• enfant	≤ 70	Asthénie	≥ 175	Thrombose
• femme	≤ 70	Asthénie	≥ 175	Thrombose
• homme	≤ 70	Asthénie	≥ 175	Thrombose
Plaquettes	≤ 70	Hémorragie	≥ 900	Thrombose
RNI			≥ 5,0	Hémorragie
PTT (si > 2½ le témoin, 28 sec. X 2½ = 70 sec.)			≥ 70	Hémorragie

Tous les résultats à l'extérieur des limites figurant sur cette liste doivent être rapportés immédiatement au médecin traitant selon la politique établie pour les rapports par téléphone.

INTERPRÉTATION DES PRIORITÉS DE DEMANDES D'ANALYSES FIGURANT SUR LA LISTE D'URGENCE POUR LES PATIENTS INSCRITS, ADMIS ET EXTERNES

(pour les patients inscrits et admis)

Priorité sélectionnée	Prélèvement	Temps réponse	
		Disponible à l'écran <i>Temps calculé à partir de la réception du spécimen au laboratoire.</i> 	Impression des rapports 
Stat <i>(Résultat Stat)</i>	Immédiat	≤ 1 heure	≤ 1 heure
Urgent <i>(Prélèvement Stat)</i>	Immédiat ou à l'heure spécifiée sur la prescription	< 3 heures	< 3 heures Selon l'horaire d'impression des rapports * pour les unités de soins.
Électif <i>(Routine)</i> Patient ADMIS		< 8 heures	< 8 heures Selon l'horaire d'impression des rapports *
Patient INSCRIT		< 20 heures	< 20 heures

*** HORAIRE D'IMPRESSION DES RAPPORTS :**

Unités de soins Honoré-Mercier sauf BSI		BSI			Unités de soins Hôtel-Dieu	
Tous les jours	Dimanche, mardi et jeudi	Stat et urgent	Tous les jours	Lundi	Tous les jours	Dimanche, mardi et jeudi
1 h 31 7 h 31 9 h 31 11 h 31 19 h 31	20 h 03	Dès la validation des résultats	11 h Rapports microbiologie	5 h 40 Rapports analyses spéciales non faites à tous les jours	00 h 35 1 h 35 7 h 35 8 h 35 11 h 35 12 h 35 13 h 35 19 h 35	21 h 04 15 h 05

N.B. : Les heures indiquées correspondent aux délais inscrits au système informatique pour regrouper les rapports finaux pour fins d'impression

(pour les patients externes)

Demandes en externe	Demandes clinique externe CLSC Beloeil (77713)	Archives
Mardi Vendredi	Lundi Mercredi Vendredi	Tous les jours de la semaine pour tous les types de patients sauf hospitalisés
5 h	4 h 30	16 h 40

N.B. : Tous les rapports demandés avec la priorité Stat ou Urgent sont communiqués aux médecins requérants :

- par fax ou imprimante en tout temps pour les médecins pour lesquels un numéro de fax est défini
- ou
- par téléphone par le secrétariat de pathologie (8 h à 16 h) pour les médecins pour lesquels aucun numéro de fax n'a été défini







Tous les résultats critiques (ou paniques) sont communiqués et une confirmation verbale de la prise en charge des résultats est requise.

Révisé le 2010-09-09

Prélèvement :

- Respecter l'ordre de prélèvement des tubes
- Réaliser une ponction franche
- Éviter les vibrations lors du transport qui peuvent causer l'hémolyse
- Éviter les variations de température lors du transport
- Maintenir les tubes en position verticale







NOUVELLE VERSION (NOUVEAUX TUBES GREINER VACUETTE)

BOUTEILLE HÉMOCULTURE	SANS ADDITIF	CITRATE SODIUM	GEL + ACTIVATEUR COAGULATION	HEPARINE	EDTA	SÉDIMENTATION
						
	BLANC	BLEU*	JAUNE	VERT	LAVANDE	NOIR

*Si demande nécessite tube bleu uniquement, prélever un tube de vidange avant (blanc sans additif - minimum 5 ml)

*Si demande d'électrolytes (Na, K, Cl, Mg, Ca, P) est précédée d'un tube bleu, prélever un tube de vidange avant (blanc sans additif – 2 ml)

ANCIENNE VERSION (ANCIENS TUBES BD VACUTAINER)

BOUTEILLE HÉMOCULTURE	SANS ADDITIF	CITRATE SODIUM	GEL + ACTIVATEUR COAGULATION	HEPARINE	EDTA	SÉDIMENTATION
						
	ROUGE	BLEU*	JAUNE	VERT	LAVANDE	NOIR

*Si demande nécessite tube bleu uniquement, prélever un tube de vidange avant (rouge sans additif - minimum 5 ml)

*Si demande d'électrolytes (Na, K, Cl, Mg, Ca, P) est précédée d'un tube bleu, prélever un tube de vidange avant (rouge sans additif – 2 ml)

TABLE DES ABRÉVIATIONS ET CODES GRM

Supervision professionnelle	
B-Sang	Banque de sang
Bio	Biochimie
Cyto	Cytologie
Hémato	Hématologie
Micro	Microbiologie
Patho	Pathologie

Spécimens requis	Code GRM
Tube doré avec anneau doré - gel GRE456018CA 1GR, 1SG, 2GR, 2RG, 2SG, 2TQ, 3GR, 3RG, 3SG, 3TQ, 4GR, 4RG, 4SG, 5GR, 5SG, 6GR, 6RG, 6SG, 7GR, 7TQ, 8GR, 8RG, 8TQ, 9GR, 9RG, 9SG, D0G, E1G, E2G, E3G, E4G, E5G, E6G, E7G, E8G, E9G, GAH, GHM, GGR, GMH, G0H, G1H, G2H, G3H, G4H, G5H, G6H, G7H, G9H, HGR, JAU, JGL, J0G, J1G, J2G, J3G, J4G, J5G, J6G, J7G, J8G, J9G, 0GR, S1G, S2G, S5G, T1G, T2G, T3G, T4G, T5G, T6G, T7G, T8G, T9G,	3030078
Tube lavande avec anneau noir – 4 ml – EDTA K2 GRE454440 2MR, 3MR, 4MR, 5MR, 5RM, 7 MR, 8MR, 9MR, L7S, MVE, MOH, M2H, TMR	3030075
Tube lavande avec anneau noir – 6 ml – EDTA K2 GRE456002 6MR	3030076
Tube bleu avec anneau noir – citrate sodium GRE454334CA 3BL, 4BL, 5BL, 6BL	3030074
Tube blanc avec anneau noir – sec GRE456085 1BL, 1RR, 7RR, 8SR	3030077
Tube noir #366065 SSD	3332113
Tube vert avec anneau jaune – héparine lithium gel GRE456087 7VG	3030080
Tube vert avec anneau vert héparine sodium GRE456028 9VR	3030080
MICROTAINER LAVANDE 1MM	
MICROTAINER VERT AVEC GEL 1VM, V0H, V2H	
MICROTAINER ROUGE 1RM	
Seringue gaz artériel	SGA 2224927
Bact/Alert SA aérobic (40 ml) (bleu)	HEM 3030035
Bact/Alert SN (40 ml) (lavande)	HEM 3030036
Bact/Alert FA (30 ml) (vert)	HEM 3030032
Bact/Alert FN (40 ml) (orange)	HEM 3030033
Bact/Alert PF (20 ml) (jaune)	PEH 3030034
Plaquette/recherche sang dans les selles	KIT
Tube conique gradué 15 ml – spécimen urine (avec bouchon) UTK, CUT, D0H, TEK, TTK	3030071
Tube conique à bouchon vissé rouge	UPC 3331850
Contenant urine 1L	CIL
Contenant opaque 4L	OC4, C4L 3030022
Contenant stérile – 90 ml	CST, C90 3030023
Tige AMIES milieu clair	TBL (Femme) 3030028
Tige AMIES milieu clair	TBL (Homme) 3030025
Écouvillon (milieu AMPLICOR™ (Specimen Transport Medium))	AMP 3030084
Milieu de transport pour culture virale (Kultsure Multitrans System K260)	MTC 3331815
Tige avec milieu au charbon	TNO Femme 3030024 Homme 3030026
Contenant de métal	CCM
Contenant non stérile	CNS 2020239

Effectuée à :	
CAP	Centre anti-poison
CHALE	Hôpital Charles-LeMoine
CTQ	Centre de toxicologie du Québec
HD	CHUM Hôtel-Dieu
HGM	Hôpital Général de Montréal
HME	Hôpital de Montréal pour enfants
ICM	Institut de Cardiologie de Montréal
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
IRC	Institut de recherche clinique
J	Hôpital Ste-Justine
LHL	Hôpital Louis-H. Lafontaine
LSPQ	Laboratoire de santé publique
M	Hôpital Maisonneuve-Rosemont
ND	CHUM Notre-Dame
SC	Hôpital Sacré-Coeur
PB	Hôpital Pierre-Boucher

Abréviations	
N/A	Non applicable
A	À l'abri de la lumière (papier d'aluminium)
I	Inverser immédiatement
GL	Conserver sur glace
LAM	Lame / capillaire
LCR	Ponction lombaire
ESC ou ESD	Écouvillon stérile en coton ou Dracon
SAG	Seringue 30 cc ou plus
CAP	Capillaire pour prélèvement de gaz sanguin

RAPPEL

Les dates d'expiration sur les tubes ou milieux de transport doivent être vérifiées afin d'éviter que les spécimens soient rejetés.

Contenant 90 ml avec préservatif « SAF » (parasites)	PAR	
Tube stérile (ponction lombaire) (LCR)	LCR	

--

Centre de santé et de services sociaux
Richelieu-Yamaska

CONGÉS FÉRIÉS 2011 - 2012

Fête du Canada	C1	Vendredi, le 1^{er} juillet 2011
Fête du travail	C2	Lundi, le 5 septembre 2011
Mobile 1	C3	<i>Date d'acquisition: 15 septembre</i>
Action de Grâce	C4	Lundi, le 10 octobre 2011
Noël	C5	Vendredi, le 23 décembre 2011
Lendemain de Noël	C6	Lundi, 26 décembre 2011
Jour de l'An	C7	Vendredi, 30 décembre 2011
Lendemain du jour de l'An	C8	Lundi, 2 janvier 2012
Mobile 2	C9	Date d'acquisition : 15 janvier
Vendredi Saint	C10	Vendredi, le 6 avril 2012
Lundi de Pâques	C11	Lundi, le 9 avril 2012
Fête des Patriotes	C12	Lundi, le 21 mai 2012
Fête Nationale	C13	Lundi, le 25 juin 2012

RENSEIGNEMENTS OBLIGATOIRES

SPÉCIMEN	FORMULAIRE D'ORDONNANCE (voir exemple ci-dessous)
1 nom et prénom du patient # dossier ou d'assurance maladie (RAMQ)	1 Nom et prénom du patient # de dossier ou d'assurance maladie du patient (RAMQ)
2 date et heure de prélèvement	2 date et heure de prélèvement 3 provenance 4 signature du médecin requérant 5 nom et prénom du médecin (<i>en lettres moulées</i>) 6 analyses demandées
Renseignements obligatoires spécifiques à la banque de sang	
• Initiales du préleveur	• Signature du préleveur

Renseignements complémentaires (selon le type d'analyse)

<ul style="list-style-type: none"> • Sexe et date de naissance • Poids et taille, heure de prise du médicament, date des dernières menstruations • Renseignements cliniques pertinents

FORMULAIRE D'ORDONNANCE ANALYSES DE BIOLOGIE MÉDICALE

DATE & HEURE DE PRÉLÈVEMENT (a / mm / j / h / min) **PROVINCE** **LICENCE MÉDICALE**

TYPE DE DEMANDE **RÉSPONSABILITÉ DE PAIEMENT** **NOM DU MÉDECIN EN LETTRES MOULÉES** **DATE :**

LA DEMANDE ILLISIBLE ET INCOMPLÈTE SERA RETOURNÉE AU REQUÉRANT

BIOCHIMIE	HÉMATOLOGIE	MICROBIOLOGIE	BIOCHIMIE
2319 <input type="checkbox"/> ACIDE URIQUE 1,50\$	1236 <input type="checkbox"/> F.S.C. 7,50\$	Cultures VOIES RESPIRATOIRES Site _____	2345 <input type="checkbox"/> Amylase 2,00\$
2330 <input type="checkbox"/> ALBUMINE 1,50\$	1236 <input type="checkbox"/> Hb-A1c-Plaq 5,00\$	3735 <input type="checkbox"/> GORGE 14,00\$	2339 <input type="checkbox"/> APT 1,50\$
2332 <input type="checkbox"/> ALT 1,50\$	1266 <input type="checkbox"/> RÉTICULOCYTES 5,00\$	3734 <input type="checkbox"/> EXPECTU 25,00\$	<input type="checkbox"/> Bilan hépatique
2367 <input type="checkbox"/> BILIRUBINE TOT. 1,50\$	1265 <input type="checkbox"/> SÉDIMENTATION * 2,50\$	3722 <input type="checkbox"/> ASP. BRONCHIQUE 35,00\$	<input type="checkbox"/> Bilan phosphocalcique
2377 <input type="checkbox"/> CALCIUM 1,50\$		3722 <input type="checkbox"/> LAV. RR.-ALV. (BAL.) 35,00\$	<input type="checkbox"/> Bilan protéinique
2405 <input type="checkbox"/> CRÉATININE 1,50\$		Culture OREIL	2366 <input type="checkbox"/> Bilirubine conjuguée 1,50\$
2358 <input type="checkbox"/> ÉLECTROLYTES* 1,50\$		3729 <input type="checkbox"/> GAUCHE <input type="checkbox"/> DROIT 15,00\$	2377 <input type="checkbox"/> Calcium 1,50\$
2432 <input type="checkbox"/> FER 2,00\$		Culture OREILLE	2393 <input type="checkbox"/> CK 1,50\$
2444 <input type="checkbox"/> GLUCOSE A.C.* 1,50\$		3721 <input type="checkbox"/> GAUCHE <input type="checkbox"/> DROITE 24,00\$	2395 <input type="checkbox"/> CK-MB 10,00\$
1024 <input type="checkbox"/> Hb OLYQUÉ 10,00\$		3733 <input type="checkbox"/> Culture URINE (U) 12,00\$	2440 <input type="checkbox"/> Gamma GT 1,50\$
2524 <input type="checkbox"/> PHOSPH. AL.C.* 1,50\$		3732 <input type="checkbox"/> Culture SELLES 25,00\$	2471 <input type="checkbox"/> LDH 1,50\$
2542 <input type="checkbox"/> PROTÉINES 1,50\$		3751 <input type="checkbox"/> PARASITES SELLES (selles) 25,00\$	2526 <input type="checkbox"/> Phosphore 2,00\$
		3792 <input type="checkbox"/> Toux C. Difficile (selles) 26,00\$	2598 <input type="checkbox"/> Testostérone T 10,00\$
		3792 <input type="checkbox"/> Toux C. Difficile (selles) 26,00\$	2582 <input type="checkbox"/> Urée 1,50\$
		3799 <input type="checkbox"/> CHLAMYDIA Site _____ 7,00\$	Bis. Divers
		3730 <input type="checkbox"/> GONORRHOÉE Site _____ 14,00\$	2440 <input type="checkbox"/> BHC3 sérique 10,00\$
		3678 <input type="checkbox"/> HÉRÈSES simplex Site _____ 40,00\$	2555 <input type="checkbox"/> Gafac 2,50\$
		3731 <input type="checkbox"/> Sécrétions vaginales 33,00\$	<input type="checkbox"/> Liquide d'épanchement
		3774 <input type="checkbox"/> Mycoplasmes (BK) Site _____ 27,00\$	<input type="checkbox"/> Liquide synovial
		3762 <input type="checkbox"/> MYCOBES 20,00\$	<input type="checkbox"/> Liquide LCR (gluc / protéines)
			2482 <input type="checkbox"/> Méthamium 3,00\$
			Bis. Médicaments
			2505 <input type="checkbox"/> Acébutamphène 7,00\$
			2320 <input type="checkbox"/> Ac. Valproïque 7,00\$
			2380 <input type="checkbox"/> Carbamazépine 7,00\$
			2418 <input type="checkbox"/> Digoxine 6,50\$
			2697 <input type="checkbox"/> Gentamicine 8,00\$
			2481 <input type="checkbox"/> Lithium 2,50\$


Formulaire d'ordonnances interne – Analyses de biologie médicale

FORMULAIRE D'ORDONNANCE ANALYSES DE BIOLOGIE MÉDICALE			
DATE & HEURE DE PREL. sa / mm / jj / h / min		PROVENANCE	LICENCE MÉDICALE
(0)(0)(0)(0)(0)(0)(0)(0)(0) (1)(1)(1)(1)(1)(1)(1)(1)(1) (2)(2)(2)(2)(2)(2)(2)(2)(2) (3)(3)(3)(3)(3)(3)(3)(3)(3) (4)(4)(4)(4)(4)(4)(4)(4)(4) (5)(5)(5)(5)(5)(5)(5)(5)(5) (6)(6)(6)(6)(6)(6)(6)(6)(6) (7)(7)(7)(7)(7)(7)(7)(7)(7) (8)(8)(8)(8)(8)(8)(8)(8)(8) (9)(9)(9)(9)(9)(9)(9)(9)(9)		(0) (0) (0) (0) (0) (1) (1) (1) (1) (1) (2) (2) (2) (2) (2) (3) (3) (3) (3) (3) (4) (4) (4) (4) (4) (5) (5) (5) (5) (5) (6) (6) (6) (6) (6) (7) (7) (7) (7) (7) (8) (8) (8) (8) (8) (9) (9) (9) (9) (9)	(0) (0) (0) (0) (0) (1) (1) (1) (1) (1) (2) (2) (2) (2) (2) (3) (3) (3) (3) (3) (4) (4) (4) (4) (4) (5) (5) (5) (5) (5) (6) (6) (6) (6) (6) (7) (7) (7) (7) (7) (8) (8) (8) (8) (8) (9) (9) (9) (9) (9)
CSSSR Centre de santé et de services sociaux Richelieu-Tonnanci		Signature du médecin : _____ Date : _____	
TYPE DE DEMANDE Élifif <input type="checkbox"/> Éligent (Prélèvement état) <input type="checkbox"/> État (Résultat état) <input type="checkbox"/>		RESPONSABILITÉ DE PAIEMENT CSST <input type="checkbox"/> ASSURANCE <input type="checkbox"/> S.A.Q. <input type="checkbox"/> EMPLOYEUR <input type="checkbox"/> AUTRES <input type="checkbox"/> RECHERCHE <input type="checkbox"/>	
* ** *** (U) et (U*) voir verso		MÉDICAMENTS : _____ DATE DE HEURE : _____ ANTIHISTORIQUES : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> CESSÉ <input type="checkbox"/> TYPE : _____	
NOM DU MÉDECIN EN LETTRES MOULÉES : _____ DATE : _____		ADRESSE DE RETOUR (RÉSULTAT) : _____	
RENSEIGNEMENTS CLINIQUES PERTINENTS : _____			
LA DEMANDE ILLISIBLE ET INCOMPLETE SERA RETOURNÉE AU REQUÉRANT			
BIOCHIMIE 2319 <input type="checkbox"/> ACIDE URÉMIQUE 1,50 2333 <input type="checkbox"/> ALBUMINE 1,50 2332 <input type="checkbox"/> ALT 1,50 2367 <input type="checkbox"/> BILIRUBINE TOT. 1,50 2377 <input type="checkbox"/> CALCIUM 1,50 2405 <input type="checkbox"/> CRÉATININE 1,50 2358 <input type="checkbox"/> ÉLECTROLYTES* 1,50 2432 <input type="checkbox"/> FER 2,00 2444 <input type="checkbox"/> GLUCOSE A.C.* 1,50 1024 <input type="checkbox"/> Hb-GLYCÉE 10,00 2524 <input type="checkbox"/> PHOSPHALC.* 1,50 2542 <input type="checkbox"/> PROTÉINES 1,50 ENDOCRINOLOGIE / AUTRES 2011 <input type="checkbox"/> ACIDE FOLIQUE 8,00 2423 <input type="checkbox"/> ÉLECTROPH. PROT. SÉR.* 7,00 2014 <input type="checkbox"/> FERRITINE 7,00 2437 <input type="checkbox"/> FSH*** 6,00 2481,2,3 <input type="checkbox"/> GONADOTR. IgA, IgG, IgM 10,50 2351 <input type="checkbox"/> PSA (APS) 7,00 2569 <input type="checkbox"/> TSH / T4 libre 6,00 2018 <input type="checkbox"/> VITAMINE B12 8,00 PROFIL LIPIDIQUE ** 2388 <input type="checkbox"/> CHOLESTÉROL 1,50 2389 <input type="checkbox"/> HDL et LDL 8,00 2576 <input type="checkbox"/> TRIGLYCÉRIDES ** 3,00 BIOCHIMIE URINE 2384 <input type="checkbox"/> ANALYSE URINE 2,50 2450 <input type="checkbox"/> CLAIRANCE CRÉA.(U*) 1,50 Poids : _____ kg Taille : _____ cm MÉTALBUMINE 2497 <input type="checkbox"/> Dépôtage (1 motion) 6,50 2497 <input type="checkbox"/> Urine de 24 heures (U*) 6,50 2543 <input type="checkbox"/> PROTÉINES URIN. (U*) 5,00 MÉDICAMENTS 2418 <input type="checkbox"/> DESQUANE 6,50 2481 <input type="checkbox"/> LITHIUM 5,00 Dernière dose : _____ Date / heure : _____		HÉMATOLOGIE 1236 <input type="checkbox"/> F.S.C. 7,50 1236 <input type="checkbox"/> Hb-Hi-PlaQ 5,00 1266 <input type="checkbox"/> RÉTICULOCYTES 5,00 1265 <input type="checkbox"/> SÉDIMENTATION * 2,50 COAGULATION COUMADIN <input type="checkbox"/> HÉPARINE <input type="checkbox"/> CESSÉ <input type="checkbox"/> AUCUN <input type="checkbox"/> Autres (spécifier) : _____ 1100 <input type="checkbox"/> T. CÉPHALINE(PTT) 4,00 1191 <input type="checkbox"/> T.PROTHROMB(DNR) 4,00 1200 <input type="checkbox"/> D-DIMÈRE 16,00 SÉROLOGIE Hépatite A 1031 <input type="checkbox"/> Anti-hépatite A IgM 20,00 Hépatite B 1037 <input type="checkbox"/> Hbs Ag 7,00 1034 <input type="checkbox"/> Anti-Hbs 7,00 1033 <input type="checkbox"/> Anti-Hbs 7,00 Hépatite C 1040 <input type="checkbox"/> Anti-hépatite C(dépistage) 2,00 1046 <input type="checkbox"/> Hépatite C RT-PCR 92,00 3745 <input type="checkbox"/> Moxost 9,00 3710 <input type="checkbox"/> CMV IgG 9,00 3700 <input type="checkbox"/> CMV IgM 20,00 3698 <input type="checkbox"/> Toxo IgG 9,00 3816 <input type="checkbox"/> Toxo IgM 20,00 3319 <input type="checkbox"/> Anti-VIH (dépistage) 5,00 3677 <input type="checkbox"/> Charge virale VIH (traitement) 7,00 3758 <input type="checkbox"/> Anti-herpès IgG 9,00 3767 <input type="checkbox"/> VDRL 9,00 1229 <input type="checkbox"/> Facteur rhumatoïde 6,50	
Bilan de grossesse (1) <input type="checkbox"/> Prélève par : _____ Autres analyses : _____		MICROBIOLOGIE Culture VOIES RESPIRATOIRES 3735 <input type="checkbox"/> CROÛTE 14,00 3734 <input type="checkbox"/> EXPECTO 25,00 3722 <input type="checkbox"/> ASP. BRONCHIQUE 35,00 3722 <input type="checkbox"/> LAV. BR.-ALV. (BAL) 35,00 Culture OREIL 3729 <input type="checkbox"/> GAUCHE <input type="checkbox"/> DROITE 15,00 Culture OREILLE 3721 <input type="checkbox"/> GAUCHE <input type="checkbox"/> DROITE 24,00 3733 <input type="checkbox"/> Culture URINE (U) 12,00 3732 <input type="checkbox"/> Culture SELLES 25,00 3751 <input type="checkbox"/> PARASITES SELLES 25,00 3792 <input type="checkbox"/> Toxine C. Difficile 26,00 3799 <input type="checkbox"/> CHLAMYDIA 7,00 3730 <input type="checkbox"/> GONORRÉE 14,00 3678 <input type="checkbox"/> HERPÈS simplex 40,00 3731 <input type="checkbox"/> Sérologie vaginales 13,00 3774 <input type="checkbox"/> Mycobactéries (BK) 27,00 3762 <input type="checkbox"/> MYCOSES 20,00 3728 <input type="checkbox"/> Culture PLAIE <input type="checkbox"/> PUS 22,00 3300 <input type="checkbox"/> Dépôtage SARM 15,00 3673 <input type="checkbox"/> Dépôtage BRV 15,00 Hémoséjour 3739 <input type="checkbox"/> #1 <input type="checkbox"/> #2 20,00 BANQUE DE SANG 1118 <input type="checkbox"/> GROUPE SANGUIN ET RECHERCHE D'Ac 9,00 Réaction transfusionnelle <input type="checkbox"/> POST I Groupe sanguin, recherche d'Ac et Coomb's direct <u>sérique et plasmatisque</u> FSC, Analyse d'urine Hémoséjour applicable selon certains critères <input type="checkbox"/> POST II <input type="checkbox"/> POST III Groupe sanguin et recherche d'Ac et Coomb's direct <u>plasmatisque</u> Bilirubine Totale Prélève par : _____	
Prix moyen provincial Révisé mai 2005		BIOCHIMIE 2345 <input type="checkbox"/> Amylase 2,00 2359 <input type="checkbox"/> AST 1,50 Bilan hépatique <input type="checkbox"/> Bilan phospho-calcique <input type="checkbox"/> Bilan protéinique <input type="checkbox"/> Bilirubine conjuguée 1,50 2377 <input type="checkbox"/> Calérian 1,50 2393 <input type="checkbox"/> CK 1,50 2395 <input type="checkbox"/> CK-MB 10,00 2440 <input type="checkbox"/> Gamma GT 1,50 2444 <input type="checkbox"/> Glucose 1,50 2471 <input type="checkbox"/> LDH 1,50 2526 <input type="checkbox"/> Phosphore 2,00 2598 <input type="checkbox"/> Troponine T 10,00 2582 <input type="checkbox"/> Urée 1,50 Bio. Divers 2449 <input type="checkbox"/> BRUC. strippa 10,00 2553 <input type="checkbox"/> Ostéo 3,50 <input type="checkbox"/> Liquide d'épanchement <input type="checkbox"/> Liquide synovial <input type="checkbox"/> Liquide LCR (gbc / protéines) <input type="checkbox"/> Magnésium 3,00 Bio. Médicaments 2305 <input type="checkbox"/> Acetaminophène 7,00 2320 <input type="checkbox"/> Ac. Valproïque 7,00 2380 <input type="checkbox"/> Carbamazépine 7,00 2418 <input type="checkbox"/> Digoxine 6,50 2607 <input type="checkbox"/> Gentamicine 8,00 2481 <input type="checkbox"/> Lithium 5,00 2522 <input type="checkbox"/> Phénytoïne 7,00 2552 <input type="checkbox"/> Salicylate 7,00 2565 <input type="checkbox"/> Théophylline 7,00 Bio. Urines <input type="checkbox"/> Élect. urinaires motion <input type="checkbox"/> Urine 24 heures <input type="checkbox"/> Streptoc.	
2442 <input type="checkbox"/> Gaz artériel 5,50 2442 <input type="checkbox"/> Gaz capillaire 5,50 2442 <input type="checkbox"/> Gaz dialysat 5,50 2442 <input type="checkbox"/> Gaz veineux 5,50		Bio. Spécialisés 1230 <input type="checkbox"/> ANA 12,00 3760 <input type="checkbox"/> ASO 9,00 1112 <input type="checkbox"/> Cr 5,00 1112 <input type="checkbox"/> Cr 5,00 2371 <input type="checkbox"/> CA 125 16,00 2350 <input type="checkbox"/> CEA 9,00 2404 <input type="checkbox"/> Cortisol 6,00 2541 <input type="checkbox"/> CRP 6,50 2541 <input type="checkbox"/> EBA 36,00 2506 <input type="checkbox"/> Estradiol 7,00 1016 <input type="checkbox"/> Hépatoglobine 6,50 1297 <input type="checkbox"/> Kappex / Lambda 16,00 2473 <input type="checkbox"/> LH 6,00 2539 <input type="checkbox"/> Procalcitonine 6,00 Bio. Cœ 2442 <input type="checkbox"/> Gaz artériel 5,50 2442 <input type="checkbox"/> Gaz capillaire 5,50 2442 <input type="checkbox"/> Gaz dialysat 5,50 2442 <input type="checkbox"/> Gaz veineux 5,50	

Formulaire d'ordonnances externe – Analyses de biologie médicale

REQUÊTE D'ANALYSES DE BIOLOGIE MÉDICALE		① RENSEIGNEMENTS OBLIGATOIRES : NOM ET PRÉNOM DU PATIENT ET #DOSSIER CSSSRY OU #RAMQ	
Date de la demande : _____ Routine : <input type="checkbox"/> Urgent (prélèvement stat): <input type="checkbox"/> Stat (résultat stat): <input type="checkbox"/>		Copies à d'autres professionnels (lettres moules) : _____ RENSEIGNEMENTS CLINIQUES : _____	
② RENSEIGNEMENTS OBLIGATOIRES : MÉDECIN REQUÉRANT			
Nom et prénom (lettres moules) : _____ Numéro de permis : _____ Signature : _____			
③ RENSEIGNEMENTS OBLIGATOIRES : PRÉLÈVEMENT(S)		Copies à d'autres professionnels (lettres moules) : _____ RENSEIGNEMENTS CLINIQUES : _____	
Date et heure du prélèvement : _____ Provenance du prélèvement : _____			
FONCTION HÉPATIQUE PRIX et CODE DE TUBE <input type="checkbox"/> ALT 3,700 2 <input type="checkbox"/> PHOSPHATASE ALCAINE** 3,700 2 <input type="checkbox"/> BILIRUBINE TOTALE 3,800 2 <input type="checkbox"/> ALBUMINE 3,800 2 <input type="checkbox"/> T. PROTHROMB. (PT) / INR 3,000 2 NUTRITION <input type="checkbox"/> PRÉALBUMINE 3,000 2 <input type="checkbox"/> PROTÉINES TOTALES 3,700 2 <input type="checkbox"/> VITAMINE B12 o 3,700 2 <input type="checkbox"/> ACIDE FOLIQUE o 3,000 2 <input type="checkbox"/> Anti-TRANSGLUTAMINASE 3,800 2 FONCTION RÉNALE et OSSEUSE <input type="checkbox"/> CRÉATININE et DFGe 3,000 2 <input type="checkbox"/> ÉLECTROLYTES (Na, K, Cl) 3,000 2 <input type="checkbox"/> CALCIUM 3,700 2 <input type="checkbox"/> CALCIUM AJUSTÉ 3,000 2 <input type="checkbox"/> PHOSPHORE 3,700 2 <input type="checkbox"/> BICARBONATES (CO ₂ total) 3,000 2 <input type="checkbox"/> URÉE 3,700 2 <input type="checkbox"/> MAGNÉSIUM 3,000 2 <input type="checkbox"/> PTH 3,000 4 <input type="checkbox"/> 25-OH-VITAMINE D 16,200 2 BIOCHIMIE URINAIRE miction** <input type="checkbox"/> ANALYSE D'URINE** 3,000 <input type="checkbox"/> TEST DE GROSSESSE** 3,700 <input type="checkbox"/> ÉLECTROLYTES (Na, K, Cl)** 3,700 <input type="checkbox"/> OSMOLALITÉ** 3,000 BIOCHIMIE URINAIRE 24 hrs*** <input type="checkbox"/> CLAIRANCE CRÉATININE*** 3,000 Poids: _____ kg Taille: _____ cm <input type="checkbox"/> ALBUMINE*** 3,000 <input type="checkbox"/> PROTÉINES TOTALES*** 3,000 <input type="checkbox"/> ÉLECTROLYTES (Na, K, Cl)*** 3,700 <input type="checkbox"/> CALCIUM*** 3,000 <input type="checkbox"/> CRÉATININE*** 3,000 BIOCHIMIE AUTRES ANALYSES <input type="checkbox"/> CK 3,000 2 <input type="checkbox"/> ACIDE URIQUE 3,700 2 <input type="checkbox"/> LIPASE 3,000 2 <input type="checkbox"/> ÉLECTROPHORÈSE PROT. o* 3,000 2 <input type="checkbox"/> IgG 3,000 2 <input type="checkbox"/> IgA 3,000 2 <input type="checkbox"/> IgM 3,000 2 <input type="checkbox"/> H. PYLORI TEST RESPIRATOIRE À L'URÉE MARQUÉE ¹³ C **** 40,000	LIPIDES <input type="checkbox"/> BILAN LIPIDIQUE o # * 3,000 2 <input type="checkbox"/> APOLIPOPROTÉINE B 3,000 2 <input type="checkbox"/> CRP-HS o 3,000 2 DIABÈTE <input type="checkbox"/> GLUCOSE (à jeun)** 3,000 2 <input type="checkbox"/> HbA1C o 3,000 4 <input type="checkbox"/> Ratio ALBUMINE/CRÉATININE URINAIRE (miction)** 3,000 <input type="checkbox"/> Hyperglycémie provoquée (mg/dL)*** 3,000 FONCTION ENDOCRINARIENNE Thyroïde <input type="checkbox"/> TSH / T4L / T3 (Algorithme) o 3,000 2 <input type="checkbox"/> T4 Libre o 3,700 2 <input type="checkbox"/> T3 Totale o 3,700 2 Surrénales <input type="checkbox"/> CORTISOL (8h AM) 3,000 2 <input type="checkbox"/> CORTISOL post DEXAMETH. 3,000 2 <input type="checkbox"/> CORTISOL URINAIRE (24hrs)*** 3,000 <input type="checkbox"/> DHEA-S 3,000 2 <input type="checkbox"/> CATÉCHOLAMINES URINAIRES (24hrs)*** 39,000 Gonades <input type="checkbox"/> TESTO. BIODISPONIBLE 23,000 2 <input type="checkbox"/> TESTOSTÉRONE (8h AM) 3,000 2 Hypophyse <input type="checkbox"/> FSH 3,000 2 <input type="checkbox"/> LH 3,000 2 <input type="checkbox"/> PROLACTINE * 3,000 2 GROSSESSE <input type="checkbox"/> BILAN INITIAL # 39,000 <input type="checkbox"/> hCG / bêta-hCG <input type="checkbox"/> Semi-quantitatif 3,700 2 <input type="checkbox"/> Quantitatif 3,000 2 <input type="checkbox"/> Hyperglycémie provoquée : <input type="checkbox"/> 50g (24 à 28 semaines) 3,000 <input type="checkbox"/> 75g (si 50g positif/équivoque)** 3,000 RHUMATOLOGIE <input type="checkbox"/> CRP 3,000 2 <input type="checkbox"/> VITESSE DE SÉDIMENTATION 3,000 2 <input type="checkbox"/> FACTEUR RHUMATOÏDE 3,000 2 <input type="checkbox"/> ANA 22,000 2 CANCÉROLOGIE <input type="checkbox"/> RECH. SANG OCCULTE SELLES 3,700 <input type="checkbox"/> APS / PSA 3,000 2 Seulement si masse ou néo connu (à éviter en dépistage) : <input type="checkbox"/> CEA 3,000 2 <input type="checkbox"/> CA 125 3,000 2 <input type="checkbox"/> CA 19-9 3,000 2	HÉMATOLOGIE <input type="checkbox"/> FSC 3,000 4 <input type="checkbox"/> HB-MT-PLAQUETTES 3,000 4 <input type="checkbox"/> RÉTICULOCYTES 3,000 4 COAGULATION Indiquez la médication du patient : COUMADIN <input type="checkbox"/> HÉPARINE <input type="checkbox"/> CESSÉ <input type="checkbox"/> AUCUN <input type="checkbox"/> Autres (spécifier) _____ <input type="checkbox"/> T. PROTHROMB. (PT) / INR 3,000 2 <input type="checkbox"/> T. CÉPHALINE (PTT) 3,000 2 <input type="checkbox"/> D-DIMÈRE 16,200 2 BANQUE DE SANG <input type="checkbox"/> GROUPE SANGUIN ET RECHERCHE D'ANTICORPS 23,000 4 Prélévé par : _____ ANÉMIE Macrocytaire/normocytaire <input type="checkbox"/> ACIDE FOLIQUE o 3,000 2 <input type="checkbox"/> VITAMINE B12 o 3,700 2 <input type="checkbox"/> TSH / T4L / T3 (Algorithme) o 3,000 2 Microcytaire/normocytaire <input type="checkbox"/> FER, TRANSFERRINE et SAT. 3,000 2 <input type="checkbox"/> FERRITINE 3,000 2 <input type="checkbox"/> CRP 3,000 2 <input type="checkbox"/> Anti-TRANSGLUTAMINASE 3,000 2 Normocytaire <input type="checkbox"/> CRP 3,000 2 <input type="checkbox"/> CRÉATININE et DFGe 3,000 2 <input type="checkbox"/> COOMBS DIRECT 3,000 4 <input type="checkbox"/> HAPTOGLOBINE 14,000 2 MÉDICAMENTS Indiquer la date et l'heure de la dernière dose : _____ <input type="checkbox"/> ACIDE VALPROÏQUE pré-dose 3,000 2 <input type="checkbox"/> CARBAMAZÉPINE pré-dose 3,000 2 <input type="checkbox"/> DIGOXINE pré-dose 3,000 2 <input type="checkbox"/> LITHIUM pré-dose 3,000 2 <input type="checkbox"/> PHÉNYTOÏNE pré-dose 3,000 2 SPERMIOGRAMME **** # <input type="checkbox"/> POST-VASECTOMIE **** # 23,000 <input type="checkbox"/> TEST DE FERTILITÉ ET/OU RECANALISATION **** # (vasovasostomie) 23,000 Contrôle # _____	MICROBIOLOGIE Culture VOIES RESPIRATOIRES <input type="checkbox"/> GORGE 4,000 <input type="checkbox"/> EXPECTORATION 18,000 <input type="checkbox"/> ASP. BRONCHIQUE 36,000 <input type="checkbox"/> ASP. TRACHÉALE 28,000 <input type="checkbox"/> LAV. BRONCHO-ALVÉOL. 36,000 Culture OEIL <input type="checkbox"/> GAUCHE <input type="checkbox"/> DROIT 9,000 Culture OREILLE <input type="checkbox"/> GAUCHE <input type="checkbox"/> DROITE 12,000 Autres <input type="checkbox"/> Culture URINE** 3,000 <input type="checkbox"/> Culture SELLES 18,000 <input type="checkbox"/> PASASITES SELLES 12,000 <input type="checkbox"/> X _____ <input type="checkbox"/> TOXINE C. Difficile SELLES 20,000 <input type="checkbox"/> CHLAMYDIA 10,000 Site _____ <input type="checkbox"/> GONORRÉE 17,000 Site _____ <input type="checkbox"/> HERPES simplex 87,000 Site _____ <input type="checkbox"/> Sécrétions vaginales 3,000 <input type="checkbox"/> Mycobactéries (BK) 39,000 Site _____ <input type="checkbox"/> MYCOSES 29,000 Site _____ <input type="checkbox"/> Culture PLAIE 23,000 Site _____ <input type="checkbox"/> Culture FUS 23,000 Site _____ <input type="checkbox"/> Dépistage SARM 9,000 Site _____ <input type="checkbox"/> Dépistage ERV 9,000 Site _____ <input type="checkbox"/> HÉMOCULTURE #1 16,000 2 <input type="checkbox"/> HÉMOCULTURE #2 16,000 2 Strep B <input type="checkbox"/> Vaginal <input type="checkbox"/> Anal 9,000 Allergie à la pénicilline ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON SÉROLOGIE o Hépatite A <input type="checkbox"/> Anti-HÉPATITE A IgM 12,000 2 Hépatite B <input type="checkbox"/> Hbs Ag 3,000 2 <input type="checkbox"/> Anti-HBc 3,000 2 <input type="checkbox"/> Anti-HBs 3,000 2 Hépatite C <input type="checkbox"/> Anti-HÉPATITE C (Dépistage) 12,000 2 <input type="checkbox"/> HÉPATITE C ARN qualitatif 14,000 2 Autres <input type="checkbox"/> MONOTEST 3,000 2 <input type="checkbox"/> H. PYLORI IgG 3,000 2 <input type="checkbox"/> CMV IgG 3,700 2 <input type="checkbox"/> CMV IgM 20,000 2 <input type="checkbox"/> TOXO IgG 3,000 2 <input type="checkbox"/> TOXO IgM 19,000 2 <input type="checkbox"/> Anti-VIH (Dépistage) 3,000 2 <input type="checkbox"/> Anti-RUBÉOLE IgG 3,000 2 <input type="checkbox"/> SYPHILIS EIA (VDRL) 3,700 2
AUTRES ANALYSES SVP ÉCRIRE LISIÈREMENT EN ÉVITANT LES ABRÉVIATIONS			

Formulaire d'ordonnances – Cytologie non gynécologique

CYTOLOGIE – NON GYNÉCOLOGIE		⑥ RENSEIGNEMENTS OBLIGATOIRES*																									
 <p>① Date et heure du prélèvement :</p> <p>_____ / _____ / _____ _____ h _____ min</p>	<p>Provenance (service/bureau) _____</p> <p>② _____</p>	<p>④ Nom et prénom du patient ET # RAMQ (ET # dossier C.S.S.S.R.Y. si applicable) <i>Double identification</i></p> <p>_____</p>																									
⑥ COORDONNÉES OBLIGATOIRES DU MÉDECIN																											
<p>TYPE DE DEMANDE</p> <p><input type="checkbox"/> ÉLECTIF</p> <p><input type="checkbox"/> URGENT</p>	<p>MÉDECIN REQUÉRANT (en LETTRES MOULÉES) :</p> <p>① NOM _____</p> <p>① PRÉNOM _____</p> <p>① Signature _____</p> <p>① Parfois (CMQ) _____</p> <p>Retour des résultats <input type="checkbox"/> casier C.S.S.S.R.Y. ou adresse complète indiquée ci-dessous : _____</p> <p>Telephone (____) _____</p> <p>COPIE DU RAPPORT À UN AUTRE MÉDECIN :</p> <p>① NOM _____ ① PRÉNOM _____</p>																										
NATURE DU SPECIMEN																											
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> EXPECTORATION</td> <td><input type="checkbox"/> LAVAGE BRONCHIQUE</td> <td><input type="checkbox"/> DROIT</td> <td><input type="checkbox"/> GAUCHE</td> <td><input type="checkbox"/> EPANCHEMENT</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> URINE</td> <td><input type="checkbox"/> BROSSAGE BRONCHIQUE</td> <td><input type="checkbox"/> DROIT</td> <td><input type="checkbox"/> GAUCHE</td> <td><input type="checkbox"/> Péritonéal</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Miction spontanée</td> <td><input type="checkbox"/> LAVAGE BRONCHIOLO-ALVÉOLAIRE</td> <td><input type="checkbox"/> DROIT</td> <td><input type="checkbox"/> GAUCHE</td> <td><input type="checkbox"/> Pleural</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Cathétérisme vésical</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Péricardique</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Cathétérisme urétéral</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> AUTRES _____</td> </tr> </table>			<input type="checkbox"/> EXPECTORATION	<input type="checkbox"/> LAVAGE BRONCHIQUE	<input type="checkbox"/> DROIT	<input type="checkbox"/> GAUCHE	<input type="checkbox"/> EPANCHEMENT	<input type="checkbox"/> URINE	<input type="checkbox"/> BROSSAGE BRONCHIQUE	<input type="checkbox"/> DROIT	<input type="checkbox"/> GAUCHE	<input type="checkbox"/> Péritonéal	<input type="checkbox"/> Miction spontanée	<input type="checkbox"/> LAVAGE BRONCHIOLO-ALVÉOLAIRE	<input type="checkbox"/> DROIT	<input type="checkbox"/> GAUCHE	<input type="checkbox"/> Pleural	<input type="checkbox"/> Cathétérisme vésical				<input type="checkbox"/> Péricardique	<input type="checkbox"/> Cathétérisme urétéral				<input type="checkbox"/> AUTRES _____
<input type="checkbox"/> EXPECTORATION	<input type="checkbox"/> LAVAGE BRONCHIQUE	<input type="checkbox"/> DROIT	<input type="checkbox"/> GAUCHE	<input type="checkbox"/> EPANCHEMENT																							
<input type="checkbox"/> URINE	<input type="checkbox"/> BROSSAGE BRONCHIQUE	<input type="checkbox"/> DROIT	<input type="checkbox"/> GAUCHE	<input type="checkbox"/> Péritonéal																							
<input type="checkbox"/> Miction spontanée	<input type="checkbox"/> LAVAGE BRONCHIOLO-ALVÉOLAIRE	<input type="checkbox"/> DROIT	<input type="checkbox"/> GAUCHE	<input type="checkbox"/> Pleural																							
<input type="checkbox"/> Cathétérisme vésical				<input type="checkbox"/> Péricardique																							
<input type="checkbox"/> Cathétérisme urétéral				<input type="checkbox"/> AUTRES _____																							
ASPIRATION À L'AIGUILLE FINE																											
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> SEIN</td> <td><input type="checkbox"/> DROIT</td> <td><input type="checkbox"/> GAUCHE</td> <td><input type="checkbox"/> GLANDE SALIVAIRE</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> POUMON</td> <td><input type="checkbox"/> DROIT</td> <td><input type="checkbox"/> GAUCHE</td> <td><input type="checkbox"/> Sous-maxillaire</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> THYROÏDE</td> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Parotide</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> AUTRES : _____</td> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> GANGLION</td> </tr> </table> <p>LOCALISATION DE LA MASSE : _____ Diamètre : _____</p>			<input type="checkbox"/> SEIN	<input type="checkbox"/> DROIT	<input type="checkbox"/> GAUCHE	<input type="checkbox"/> GLANDE SALIVAIRE	<input type="checkbox"/> POUMON	<input type="checkbox"/> DROIT	<input type="checkbox"/> GAUCHE	<input type="checkbox"/> Sous-maxillaire	<input type="checkbox"/> THYROÏDE			<input type="checkbox"/> Parotide	<input type="checkbox"/> AUTRES : _____			<input type="checkbox"/> GANGLION									
<input type="checkbox"/> SEIN	<input type="checkbox"/> DROIT	<input type="checkbox"/> GAUCHE	<input type="checkbox"/> GLANDE SALIVAIRE																								
<input type="checkbox"/> POUMON	<input type="checkbox"/> DROIT	<input type="checkbox"/> GAUCHE	<input type="checkbox"/> Sous-maxillaire																								
<input type="checkbox"/> THYROÏDE			<input type="checkbox"/> Parotide																								
<input type="checkbox"/> AUTRES : _____			<input type="checkbox"/> GANGLION																								
RENSEIGNEMENTS CLINIQUES																											
<p>PRESENTATION CLINIQUE : _____</p> <hr/> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td>EXAMEN RADIOLOGIQUE</td> <td>résultat _____</td> <td>RADIOTHÉRAPIE</td> <td>année _____</td> </tr> <tr> <td>MAMMOGRAPHIE</td> <td>résultat _____</td> <td>CHIMIOTHÉRAPIE</td> <td>année _____</td> </tr> <tr> <td>SCINTIGRAPHIE</td> <td>résultat _____</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>ANTÉCÉDENTS DE NÉOPLASIE</td> <td>_____</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>S.V.P. écrire lisiblement, en lettres mouées</p>			EXAMEN RADIOLOGIQUE	résultat _____	RADIOTHÉRAPIE	année _____	MAMMOGRAPHIE	résultat _____	CHIMIOTHÉRAPIE	année _____	SCINTIGRAPHIE	résultat _____			ANTÉCÉDENTS DE NÉOPLASIE	_____											
EXAMEN RADIOLOGIQUE	résultat _____	RADIOTHÉRAPIE	année _____																								
MAMMOGRAPHIE	résultat _____	CHIMIOTHÉRAPIE	année _____																								
SCINTIGRAPHIE	résultat _____																										
ANTÉCÉDENTS DE NÉOPLASIE	_____																										

* Conforme aux nouvelles règles des laboratoires médicaux du Conseil canadien d'agrément des services de santé (norme ISO 15189).
4040388

Formulaire d'ordonnances – Anatomo-pathologie

FORMULAIRE ANATOMO-PATHOLOGIE

RENSEIGNEMENTS OBLIGATOIRES*

<p style="text-align: center; font-size: small;">Centre canadien de services sociaux 1100 Avenue</p> <p>① Date et heure du prélèvement : année / mois / jour h min</p>	<p>Provenance (service/bureau)</p> <p>① -----</p>	<p>① Nom et prénom du patient ET # RAMQ (ET # DOSSIER CSSRY SI APPLICABLE) Double identification</p>		
TYPE DE DEMANDE	COORDONNÉES OBLIGATOIRES DU MÉDECIN			
<input type="checkbox"/> CONGÉLATION / EXTEMPORANÉ <input type="checkbox"/> EXAMEN À L'ÉTAT FRAIS <input type="checkbox"/> RAPPORT URGENT <input type="checkbox"/> PQDCS	<p>MÉDECIN REQUÉRANT (en LETTRES MOULÉES) :</p> <p>① NOM _____</p> <p>① PRÉNOM _____</p> <p>① Signature _____</p> <p>① Permis (CMQ) _____</p> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 50px; margin-left: 100px; text-align: center; font-size: x-small;">Espace réservé pour l'utilisation d'un tampon encreur</div> <p>Retour des résultats <input type="checkbox"/> casier CSSRY ou adresse complète indiquée ci-dessous : _____</p> <p>Téléphone (____) _____</p> <p>COPIE DU RAPPORT À</p> <p>① NOM _____ ① PRÉNOM _____</p>			
AUTRES				
<input type="checkbox"/> PHOTO <input type="checkbox"/> RH OU AUTRES TESTS SPÉCIAUX, PRÉCISER _____				
*****DEMANDE ILLISIBLE, INCOMPLÈTE OU NON CONFORME SERA RETOURNÉE AU REQUÉRANT*****				
RENSEIGNEMENTS CLINIQUES, ANTECÉDENTS PERTINENTS ET TRAITEMENT (ex. chimiothérapie, radiothérapie, hormonothérapie, ré-exérèse, récidence, etc...)				
INTERVENTION PRATIQUÉE :				
RENSEIGNEMENTS OBLIGATOIRES SUR LE CONTENANT				
<p>① Nom et prénom du patient</p> <p>② # dossier CSSRY et/ou # RAMQ</p> <p>③ Date de prélèvement</p>	<p>④ Nature et site du prélèvement (si plus d'un contenant, utilisation des chiffres 1, 2, 3, ... conformément à la requête)</p> <p>Nom et prénom du médecin requérant</p>			
contenant #	Nbre de pièces séparées (si applicable)	SITE ANATOMIQUE, ORGANE OU TISSUS PRÉLEVÉS	GAUCHE	DROIT
1			G	D
2			G	D
3			G	D
4			G	D
5			G	D
6			G	D

* Conforme aux nouvelles règles des laboratoires médicaux du Conseil canadien d'agrément des services de santé (norme ISO 15189).
 4040397 Révisé le 2010-02-23
 (CONTINUER AU VERSO SI NÉCESSAIRE)

Demande d'autopsie

Centre de santé et de services sociaux
Félix Leclerc

SERVICE D'ANATOMO-PATHOLOGIE DEMANDE D'AUTOPSIE

Externe Hospitalisé Autre

Date de l'admission _____ Heure _____
Date de la mort _____ Heure _____

Causes de la mort (diagnostic clinique) : _____

Conditions associées : _____

Remarques : _____

La mort est-elle : naturelle _____ soudaine _____
suspecte _____
Accidentelle (toxique) _____

Y a-t-il des restrictions imposées par la famille : oui _____ non _____

Si oui, lesquelles : _____

L'autopsie sera pratiquée que si cette demande est adéquatement complétée :

- ▶ Nom et prénom de l'utilisateur
- ▶ # dossier médical et/ou # RAMQ
- ▶ Provenance
- ▶ Nom et prénom du médecin requérant en LETTRES MOULÉES + # permis
- ▶ Signature du médecin requérant
- ▶ Renseignements cliniques pertinents

Signature du médecin : _____
Nom et prénom du médecin en lettres moulées : _____
de permis : _____

N.B. : En principe, nous n'effectuons que les autopsies cliniques, c'est-à-dire dans les cas de mort naturelle.
Si le décès relève du coroner, ce dernier doit être avisé avant qu'une demande d'autopsie soit faite.

Cette demande doit être accompagnée de l'autorisation d'autopsie (AH-276)

**Répertoire des analyses du laboratoire de toxicologie
Institut National de Santé Publique**



**CatalogueToxico_Ja
nvier2005_fr.pdf**