



Laboratoire CSSS Richelieu-Yamaska

Répertoire des analyses de biologie médicale

Août 2011



Laboratoire de biologie médicale

Technique de culture cellulaire
Méthode d'analyse

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

SPÉCIMEN

- ① nom et prénom de l'utilisateur **et**
dossier CSSSRY ou d'assurance maladie (RAMQ)

FORMULAIRE D'ORDONNANCE

- 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 (*en lettres moulées*) + # permis d'exercice
- ⑥ analyses demandées

RENSEIGNEMENTS OBLIGATOIRES ADDITIONNELS SPÉCIFIQUES

BANQUE DE SANG

- Date et heure de prélèvement
- Initiales du préleveur
- Signature du préleveur

CYTOLOGIE

- Etant donné l'espace restreint sur les lames de cytologie, la date de naissance pourra être substituée au # RAMQ (année-mois-jour)
- Renseignements cliniques obligatoires

PATHOLOGIE

- Date du prélèvement
- Nature et site du prélèvement (utilisation des lettres A, B, C,...) conformément à la requête.
- Nom du médecin requérant
- 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)

- *Poids et taille, heure de prise du médicament, date des dernières menstruations*
- *Renseignements cliniques pertinents*

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):

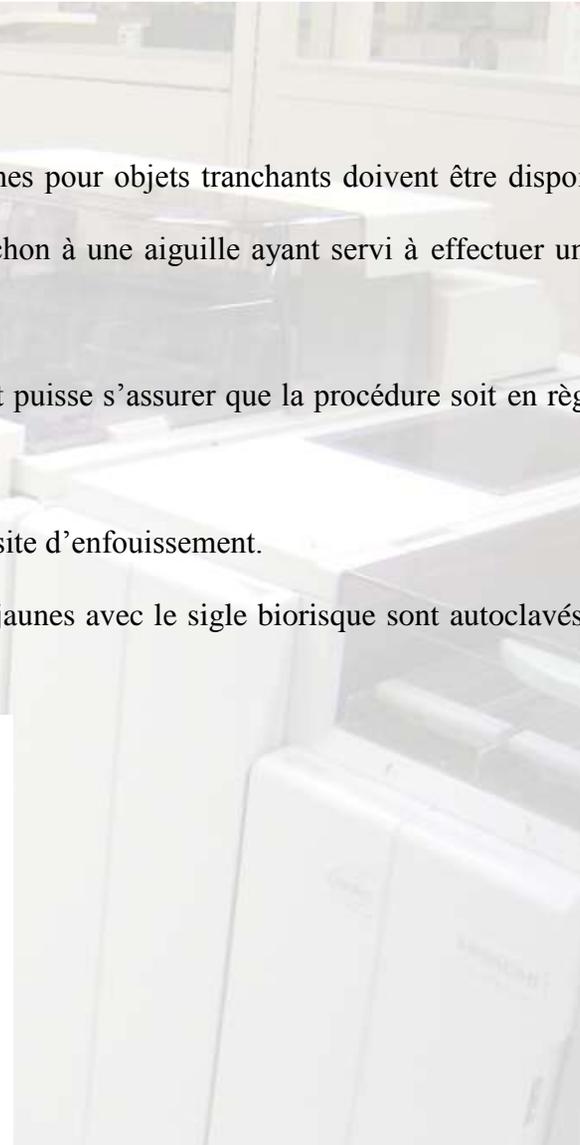
Élimination du matériel utilisé aux ponctions veineuses :

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**

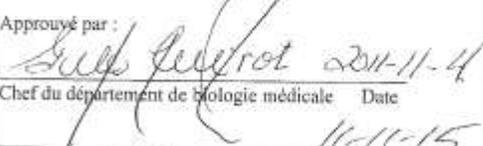
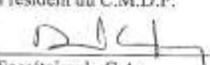
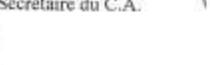
Microbiologistes : **Dre Andrée-Anne Beaulieu
Dr Daniel Eymard
Dre Anne Vibien**

Pathologiste : **Dr Daniel Gervais
Dr Michel Laurin**

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

<p>Centre de santé et de services sociaux Richelieu-Yamaska</p> 	<h3>AFFAIRES MÉDICALES</h3> <input type="checkbox"/> Règlement <input type="checkbox"/> Règle de soins médicaux et dentaires <input checked="" type="checkbox"/> Règle d'utilisation des ressources
Destinataires : <ul style="list-style-type: none"> A tous les médecins du CSSSRY 	Code : AM-BIM-RU-01
Remplace les documents suivants : Règle d'utilisation CMDP-06	Entrée en vigueur : 1 ^{er} novembre 2011 Révision : Auteur : Dr Gilles Cuirot Direction : Direction des affaires médicales Adoption par le conseil d'administration : 2011-11-23 Numéro de la résolution : 2011-12-05
	Approuvé par :  2011-11-4 Chef du département de biologie médicale Date
	Président du C.M.D.P. :  11-11-15 Date
	Secrétaire du C.A. :  2011-12-02 Date
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
 CRP (urgences pédiatriques)
 Créatinine
 Électrolytes (sodium, potassium, chlorures)
 Éthanol (cas d'intoxication)
 Glucose

Analyses sériques (suite) :

Magnésium : hypokaliémie rebelle et hyperalimenteration veineuse)
 Médicaments (cas d'intoxication)
 *Troponine T
 Trou anionique
 Osmolalité et trou osmoïaire
 Urée et urée/créatinine (insuffisance rénale aiguë)

Analyses sur sang total :

Bilan acido-basique veineux et artériel
 Lactate (hyperlactatémies 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)

C:\DOCUME~1\j6928\LOCALS~1\Temp\notes969C41\AM-BIM-RU-01 Examens laboratoire_CPS3.doc

Analyses urinaires :

Drogues de rue (cas d'intoxication)
 Examen sommaire et complet
 Électrolytes (Na-K-Cl) sur une miction
 ** Protéines

Analyses sur L.C.R. :

Lactate
 Glucose
 Protéines

Hématologie :

*D-Dimère (thrombose veineuse profonde, embolie pulmonaire)
 Décompte cellulaire et différentielle (% neutrophiles) pour l'ascite (liquide péritonéal)
 Fibrinogène (thrombolyse)
 Profil hématologique (FSC)
 Prothrombine et P.T.T.
 Temps de thrombine
 Temps de saignement
 Sédimentation (artérite temporelle)
 Recherche de malarie

Banque de sang :

Compatibilité
 Groupe et Rh
 Coombs (nouveau-né) sera effectué le lendemain matin

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

Sérologie du VIH et HBsAg (en cas de travail d'une parturiente avec facteurs de risque et sans dépistage prénatal, l'analyse sera effectuée le prochain jour ouvrable (pas week-end, ni fériés)).

*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 technologiste de garde a ordre de refuser toute autre analyse demandée, mais doit en aviser l'infirmière 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)

C:\DOCUME~1\j6928\LOCALS~1\Temp\notes969C41\AM-BIM-RU-01 Examens laboratoire_CPS3.doc

LISTE DES RÉSULTATS CRITIQUES

ANALYSES	BAS	EFFETS POSSIBLES	ELEVÉ	EFFETS POSSIBLES
Bicarbonates / CO ₂ total	< 10,0 mmol/L	Patrons complexes d'acidose, alcalose et d'anoxémie	> 40 mmol/L	Patrons complexes d'acidose, alcalose et d'anoxémie
Bilirubine (bébé < 1 mois)	–		> 340 µmol/L	Domages au cerveau
Calcium	< 1,50 mmol/L	Tétanie, convulsions	> 3,00 mmol/L	Coma
Calcium ionisé (mesuré)	< 0,80 mmol/L	Tétanie, convulsions, arythmie cardiaque, arrêt cardiaque	> 1,60 mmol/L	Arythmie cardiaque, arrêt cardiaque, problèmes neuropsychiatriques
Créatinine (pour la clientèle ambulatoire seulement)	–		> 450 µmol/L Si 1 ^{ère} fois en 1 mois	Insuffisance rénale
Digoxine / Lanoxin	–		> 3,1 nmol/L	Arythmie, troubles neurologiques et cardiaques
Glucose	< 2,5 mmol/L	Domage au cerveau	> 30,0 mmol/L	Coma diabétique
Glucose (bébé < 1 mois)	< 1,7 mmol/L	Domage au cerveau	> 17,0 mmol/L	Coma diabétique
Hémoglobine / Hb	< 70 g/L	Asthénie	–	
Lithium	–		> 2,0 mmol/L	Troubles neurologiques et cardiaques, coma
Magnésium	< 0,5 mmol/L	Crises, convulsions	> 3,0 mmol/L	Arrêt respiratoire
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 < 1 mois)	< 2,5 mmol/L	Faiblesse musculaire, paralysie, arythmie cardiaque	> 8,0 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
Plaquettes	< 30 x10 ⁹ /L	Hémorragie	> 900 x10 ⁹ /L	Thrombose
RNI / PT *			> 6,0 *	Hémorragie

Révisé le 2012-03-20

Tous les résultats* à l'extérieur des limites figurant sur cette liste doivent être rapportés immédiatement au médecin requérant selon la procédure de transmission des résultats critiques.

*Pour le RNI, si le médecin requérant ne peut pas être rejoint, le résultat sera remis à la commis ou à un(e) infirmier(e) de l'urgence qui devra appliquer la règle suivante :

- Si le résultat est < 10, il faudra contacter directement le patient pour vérifier la présence ou non d'un saignement actif et lui expliquer de ne pas prendre sa prochaine dose de coumadin. Il devra également être avisé de se présenter pour un contrôle son RNI le lendemain ou le prochain jour ouvrable.

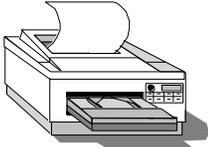
- Si le résultat est ≥10.0 ou si le patient ne peut être rejoint ou si ce dernier présente un saignement actif, le résultat est remis à l'urgentiste.

Cette procédure a été validée et acceptée le 6 mai 2012 par les docteurs :

- Dr Gilles Cuirot, chef du département de biologie médicale
- Dr Diane Poirier, directrice des affaires médicales
- Dr Jocelyn Dodaro Chef du département d'urgence

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 : 1 tube or –gel 5 ml 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, 5LV, 5MR, 5RM, 7 MR, 8MR, 9MR, L7S, M5R, MVE, M0H, 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 #366674 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 IMM	
MICROTAINER VERT AVEC GEL 1VM, V0H, V2H	
MICROTAINER ROUGE IRM	
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, TKK	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
Ensemble écouvillon flocké (3 ml) UTM-RT/Nasoph. Swabs W nylon	3333493
Tige avec milieu au charbon	TNO Femme 3030024 Homme 3030026

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 Dragon
SAG	Seringue 30 cc ou plus
CAP	Capillaire pour prélèvement de gaz sanguin

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

RAPPEL

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

Contenant de métal	CCM	
Contenant non stérile	CNS	2020239
Contenant 90 ml avec préservatif « SAF » (parasites)	PAR	
Tube stérile (ponction lombaire) (LCR)	LCR	

C O N G É S F É R I É S 2 0 1 2 - 2 0 1 3

Fête du Canada	C1	Lundi, 2 juillet 2012
Fête du Travail	C2	Lundi, 3 septembre 2012
Mobile 1	C3	<i>Date d'acquisition : 15 septembre 2012</i>
Action de grâces	C4	Lundi, 8 octobre 2012
Veille de Noël	C5	Lundi, 24 décembre 2012
Noël	C6	Mardi, 25 décembre 2012
Veille du Jour de l'An	C7	Lundi, 31 décembre 2012
Jour de l'An	C8	Mardi, 1^{er} janvier 2013
Mobile 2	C9	<i>Date d'acquisition : 15 janvier 2013</i>
Vendredi saint	C10	Vendredi, 29 mars 2013
Lundi de Pâques	C11	Lundi, 1^{er} avril 2013
Fête des Patriotes	C12	Lundi, 20 mai 2013
Fête nationale du Québec	C13	Lundi, 24 juin 2013

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) **PROVENANCE** **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	2345 <input type="checkbox"/> Amylase 2,00\$
2330 <input type="checkbox"/> ALBUMINE 1,50\$	1236 <input type="checkbox"/> Hb-A1c-Plaq 5,00\$	Site _____	2339 <input type="checkbox"/> APT 1,50\$
2332 <input type="checkbox"/> ALT 1,50\$	1266 <input type="checkbox"/> RÉTICULOCYTES 5,00\$	3735 <input type="checkbox"/> GORGE 14,00\$	<input type="checkbox"/> Bilan hépatique
2367 <input type="checkbox"/> BILIRUBINE TOT. 1,50\$	1265 <input type="checkbox"/> SÉDIMENTATION * 2,50\$	3734 <input type="checkbox"/> EXPECTU 25,00\$	<input type="checkbox"/> Bilan phosphocalcique
2377 <input type="checkbox"/> CALCIUM 1,50\$		3722 <input type="checkbox"/> ASP. BRONCHIQUE 35,00\$	<input type="checkbox"/> Bilan protéinique
2405 <input type="checkbox"/> CRÉATININE 1,50\$		3722 <input type="checkbox"/> LAV. RR.-ALV. (BAL.) 35,00\$	2366 <input type="checkbox"/> Bilirubine conjuguée 1,50\$
2358 <input type="checkbox"/> ÉLECTROLYTES* 1,50\$		Culture OEUIL	2377 <input type="checkbox"/> Calcium 1,50\$
2432 <input type="checkbox"/> FER 2,00\$		3729 <input type="checkbox"/> GAUCHE <input type="checkbox"/> DROIT 15,00\$	2377 <input type="checkbox"/> CK 1,50\$
2444 <input type="checkbox"/> GLUCOSE A.C.* 1,50\$		Culture OREILLE	2395 <input type="checkbox"/> CK-MB 10,00\$
1024 <input type="checkbox"/> Hb OLYQUÉ 10,00\$		3721 <input type="checkbox"/> GAUCHE <input type="checkbox"/> DROITE 24,00\$	2440 <input type="checkbox"/> Gamma GT 1,50\$
2524 <input type="checkbox"/> PHOSPH. AL.C.* 1,50\$		3733 <input type="checkbox"/> Culture URINE (U) 12,00\$	2444 <input type="checkbox"/> Glucose 1,50\$
2542 <input type="checkbox"/> PROTÉINES 1,50\$		3732 <input type="checkbox"/> Culture SELLES 25,00\$	2471 <input type="checkbox"/> LDH 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\$
		3799 <input type="checkbox"/> CHLAMYDIA 7,00\$	2582 <input type="checkbox"/> Urée 1,50\$
		3730 <input type="checkbox"/> GONORRHOÉE 14,00\$	
		3678 <input type="checkbox"/> HÉRÈSES simplex 40,00\$	
		3731 <input type="checkbox"/> Sécrotions vaginales 33,00\$	
		3774 <input type="checkbox"/> Mycoplasmes (BK) 27,00\$	
		3762 <input type="checkbox"/> MYCOBES 20,00\$	

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 : _____	
① RENSEIGNEMENTS OBLIGATOIRES : MÉDECIN REQUÉRANT			
Nom et prénom (lettres moules) : _____ Numéro de permis : _____ Signature : _____			
① RENSEIGNEMENTS OBLIGATOIRES : PRÉLÈVEMENT(S)			
Date et heure du prélèvement : _____ Provenance du prélèvement : _____			
FONCTION HÉPATIQUE		LIPIDES	
<input type="checkbox"/> ALT 3,700 2 <input type="checkbox"/> PHOSPHATASE ALCALINE* 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		<input type="checkbox"/> BILAN LIPIDIQUE ○ # * 2,400 2 <input type="checkbox"/> APOLIPOPROTÉINE B 2,800 2 <input type="checkbox"/> CRP-HS ○ 2,900 2	
NUTRITION		DIABÈTE	
<input type="checkbox"/> PRÉALBUMINE 3,000 2 <input type="checkbox"/> PROTÉINES TOTALES 3,700 2 <input type="checkbox"/> VITAMINE B12 ○ 2,700 2 <input type="checkbox"/> ACIDE FOLIQUE ○ 2,800 2 <input type="checkbox"/> Anti-TRANSGLUTAMINASE 2,800 2		<input type="checkbox"/> GLUCOSE (à jeun)* 3,600 2 <input type="checkbox"/> HbA1C ○ 3,000 2 <input type="checkbox"/> Ratio ALBUMINE/CRÉATININE URINAIRE (miction)** 3,400 <input type="checkbox"/> Hyperglycémie provoquée (mg/dL) 3,200	
FONCTION RÉNALE et OSSEUSE		FONCTION ENDOCRINARIENNE	
<input type="checkbox"/> CRÉATININE et DFGe 3,400 2 <input type="checkbox"/> ÉLECTROLYTES (Na, K, Cl) 2,000 2 <input type="checkbox"/> CALCIUM 3,700 2 <input type="checkbox"/> CALCIUM AJUSTÉ 3,400 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 3,800 2 <input type="checkbox"/> PTH 3,800 2 <input type="checkbox"/> 25-OH-VITAMINE D 16,200 2		<input type="checkbox"/> Thyroïde <input type="checkbox"/> TSH / T4L / T3 (Algorithm) ○ 3,400 2 <input type="checkbox"/> T4 Libre ○ 3,700 2 <input type="checkbox"/> T3 Totale ○ 2,700 2 <input type="checkbox"/> Surrénales <input type="checkbox"/> CORTISOL (8h AM) 3,100 2 <input type="checkbox"/> CORTISOL post DEXAMETH. 3,100 2 <input type="checkbox"/> CORTISOL URINAIRE (24hrs)*** 3,200 <input type="checkbox"/> DHEA-S 2,000 2 <input type="checkbox"/> CATÉCHOLAMINES URINAIRES (24hrs)*** 39,000 <input type="checkbox"/> Gonades <input type="checkbox"/> TESTO. BIODISPONIBLE 23,800 2 <input type="checkbox"/> TESTOSTÉRONÉ (8h AM) 3,300 2 <input type="checkbox"/> Hypophyse <input type="checkbox"/> FSH 3,000 2 <input type="checkbox"/> LH 3,000 2 <input type="checkbox"/> PROLACTINE * 2,800 2	
BIOCHIMIE URINAIRE miction**		GROSSESSE	
<input type="checkbox"/> ANALYSE D'URINE** 3,200 <input type="checkbox"/> TEST DE GROSSESSE** 2,700 <input type="checkbox"/> ÉLECTROLYTES (Na, K, Cl)** 2,700 <input type="checkbox"/> OSMOLALITÉ** 3,400		<input type="checkbox"/> BILAN INITIAL # 39,100 <input type="checkbox"/> hCG / bêta-hCG <input type="checkbox"/> Semi-quantitatif 3,200 2 <input type="checkbox"/> Quantitatif 4,200 2 <input type="checkbox"/> Hyperglycémie provoquée : <input type="checkbox"/> 50g (24 à 28 semaines) 3,800 <input type="checkbox"/> 75g (si 50g positif/équivoque)* 3,800	
BIOCHIMIE URINAIRE 24 hrs***		RHUMATOLOGIE	
<input type="checkbox"/> CLAIRANCE CRÉATININE*** 3,800 Poids: _____ kg Taille: _____ cm <input type="checkbox"/> ALBUMINE*** 3,200 <input type="checkbox"/> PROTÉINES TOTALES*** 3,200 <input type="checkbox"/> ÉLECTROLYTES (Na, K, Cl)*** 3,200 <input type="checkbox"/> CALCIUM*** 3,200 <input type="checkbox"/> CRÉATININE*** 3,200		<input type="checkbox"/> CRP 1,900 2 <input type="checkbox"/> VITESSE DE SÉDIMENTATION 1,200 2 <input type="checkbox"/> FACTEUR RHUMATOÏDE 3,800 2 <input type="checkbox"/> ANA 22,000 2	
BIOCHIMIE AUTRES ANALYSES		CANCÉROLOGIE	
<input type="checkbox"/> CK 3,800 2 <input type="checkbox"/> ACIDE URIQUE 3,700 2 <input type="checkbox"/> LIPASE 3,200 2 <input type="checkbox"/> ÉLECTROPHORÈSE PROT. ○* 3,800 2 <input type="checkbox"/> IgG 3,800 2 <input type="checkbox"/> IgA 3,800 2 <input type="checkbox"/> IgM 3,800 2 <input type="checkbox"/> H. PYLORI TEST RESPIRATOIRE À L'URÉE MARQUÉE ¹³ C **** 40,000		<input type="checkbox"/> RECH. SANG OCCULTE SELLES 3,700 <input type="checkbox"/> APS / PSA 3,800 2 <input type="checkbox"/> Seulement si masse ou néo connu (à éviter en dépistage) : <input type="checkbox"/> CEA 3,900 2 <input type="checkbox"/> CA 125 3,900 2 <input type="checkbox"/> CA 19-9 3,900 2	
AUTRES ANALYSES		HÉMATOLOGIE	
SVP ÉCRIRE LISIÈLEMENT EN ÉVITANT LES ABRÉVIATIONS		<input type="checkbox"/> FSC 3,200 4 <input type="checkbox"/> HB-HT-PLAQUETTES 3,200 4 <input type="checkbox"/> RÉTICULOCYTES 2,800 4	
		COAGULATION	
		Indiquez la médication du patient : <input type="checkbox"/> COUMADIN <input type="checkbox"/> HÉPARINE <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> CESSÉ <input type="checkbox"/> AUCUN <input type="checkbox"/> Autres (spécifier) : _____ <input type="checkbox"/> T. PROTHROMB. (PT) / INR 3,200 2 <input type="checkbox"/> T. CÉPHALINE (PTT) 3,200 2 <input type="checkbox"/> D-DIMÈRE 16,200 2	
		BANQUE DE SANG	
		<input type="checkbox"/> GROUPE SANGUIN ET RECHERCHE D'ANTICORPS 21,100 4 Prélévé par : _____	
		ANÉMIE	
		<input type="checkbox"/> Macrocytaire/normocytaire <input type="checkbox"/> ACIDE FOLIQUE ○ 3,400 2 <input type="checkbox"/> VITAMINE B12 ○ 3,700 2 <input type="checkbox"/> TSH / T4L / T3 (Algorithm) ○ 3,400 2 <input type="checkbox"/> Microcytaire/normocytaire <input type="checkbox"/> FER, TRANSFERRINE et SAT. 3,200 2 <input type="checkbox"/> FERRITINE 3,800 2 <input type="checkbox"/> CRP 3,800 2 <input type="checkbox"/> Anti-TRANSGLUTAMINASE 2,800 2	
		Normocytaire	
		<input type="checkbox"/> CRP 3,200 2 <input type="checkbox"/> CRÉATININE et DFGe 3,800 2 <input type="checkbox"/> COOMBS DIRECT 3,800 2 <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 4,800 2 <input type="checkbox"/> CARBAMAZÉPINE pré-dose 3,200 2 <input type="checkbox"/> DIGOXINE pré-dose 3,800 2 <input type="checkbox"/> LITHIUM pré-dose 3,200 2 <input type="checkbox"/> PHÉNYTOÏNE pré-dose 3,800 2	
		SPERMIOGRAMME **** #	
		<input type="checkbox"/> POST-VASECTOMIE **** # 21,000 <input type="checkbox"/> TEST DE FERTILITÉ ET/OU RECANALISATION **** # 21,000 (vasovasostomie) Contrôle # _____	
MICROBIOLOGIE			
		Culture VOIES RESPIRATOIRES <input type="checkbox"/> GORGE 4,900 <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 9,200 Culture OREILLE <input type="checkbox"/> GAUCHE <input type="checkbox"/> DROITE 12,800 Autres <input type="checkbox"/> Culture URINE** 7,200 <input type="checkbox"/> Culture SELLES 19,400 <input type="checkbox"/> PASASITES SELLES 12,000 <input type="checkbox"/> X _____ <input type="checkbox"/> TOXINE C. Difficile SELLES 20,200 <input type="checkbox"/> CHLAMYDIA 10,200 Site _____ <input type="checkbox"/> GONORRÉE 17,900 Site _____ <input type="checkbox"/> HERPES simplex 87,000 Site _____ <input type="checkbox"/> Sécrétions vaginales 7,200 <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 9,200 Site _____ <input type="checkbox"/> Dépistage ERV 6,200 Site _____	
		<input type="checkbox"/> HÉMOCULTURE #1 16,200 2 <input type="checkbox"/> HÉMOCULTURE #2 16,200 2 Strep B <input type="checkbox"/> Vaginal <input type="checkbox"/> Anal 8,200 Allergie à la pénicilline ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON SÉROLOGIE ○ Hépatite A <input type="checkbox"/> Anti-HÉPATITE A IgM 12,800 2 Hépatite B <input type="checkbox"/> HbS Ag 3,800 2 <input type="checkbox"/> Anti-HBc 3,100 2 <input type="checkbox"/> Anti-HBs 2,800 2 Hépatite C <input type="checkbox"/> Anti-HÉPATITE C (Dépistage) 12,800 2 <input type="checkbox"/> HÉPATITE C ARN qualitatif ○ 14,000 2 Autres <input type="checkbox"/> MONOTEST 3,800 2 <input type="checkbox"/> H. PYLORI IgG 3,200 2 <input type="checkbox"/> CMV IgG 7,200 2 <input type="checkbox"/> CMV IgM 20,000 2 <input type="checkbox"/> TOXO IgG 3,200 2 <input type="checkbox"/> TOXO IgM 19,100 2 <input type="checkbox"/> Anti-VIH (Dépistage) 3,200 2 <input type="checkbox"/> Anti-RUBÉOLE IgG 3,800 2 <input type="checkbox"/> SYPHILIS EIA (VDRL) 3,200 2	

Formulaire d'ordonnances – Cytologie non gynécologique

CYTOLOGIE – NON GYNÉCOLOGIE		⑥ RENSEIGNEMENTS OBLIGATOIRES*
<p style="text-align: center;">Provenance (service/bureau)</p> <p>③ _____</p>	<p>④ Nom et prénom du patient ET # RAMQ (ET # dossier CSSSKY si applicable) <i>Double identification</i></p> <p>_____</p>	
<p>④ Date et heure du prélèvement :</p> <p>_____ / _____ / _____ _____ h _____ min</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>④ NOM _____</p> <p>④ PRÉNOM _____</p> <p>④ Signature _____</p> <p>④ Parfois (CMQ) _____</p> <p>Retour des résultats <input type="checkbox"/> casier C.S.S.S.K.Y. ou adresse complète indiquée ci-dessous :</p> <p>_____</p> <p>Telephone (____) _____</p> <p>COPIE DU RAPPORT À UN AUTRE MÉDECIN :</p> <p>④ NOM _____ ④ PRÉNOM _____</p>	
NATURE DU SPECIMEN		
<p><input type="checkbox"/> EXPECTORATION <input type="checkbox"/> LAVAGE BRONCHIQUE <input type="checkbox"/> DROIT <input type="checkbox"/> GAUCHE <input type="checkbox"/> EPANCHEMENT</p> <p><input type="checkbox"/> URINE <input type="checkbox"/> BROSSAGE BRONCHIQUE <input type="checkbox"/> DROIT <input type="checkbox"/> GAUCHE <input type="checkbox"/> PÉRITONÉAL</p> <p><input type="checkbox"/> Miction spontanée <input type="checkbox"/> LAVAGE BRONCHIOLO-ALVÉOLAIRE <input type="checkbox"/> DROIT <input type="checkbox"/> GAUCHE <input type="checkbox"/> PLEURAL</p> <p><input type="checkbox"/> Cathétérisme vésical <input type="checkbox"/> AUTRES _____ <input type="checkbox"/> PÉRICARDIQUE</p> <p><input type="checkbox"/> Cathétérisme urétéral</p>		
ASPIRATION À L'AIGUILLE FINE		
<p><input type="checkbox"/> SEIN <input type="checkbox"/> DROIT <input type="checkbox"/> GAUCHE <input type="checkbox"/> GLANDE SALIVAIRE</p> <p><input type="checkbox"/> POUMON <input type="checkbox"/> DROIT <input type="checkbox"/> GAUCHE <input type="checkbox"/> Sous-maxillaire</p> <p><input type="checkbox"/> THYROÏDE <input type="checkbox"/> PAROTIDE</p> <p><input type="checkbox"/> AUTRES : _____ <input type="checkbox"/> GANGLION</p> <p>LOCALISATION DE LA MASSE : _____ Diamètre : _____</p>		
RENSEIGNEMENTS CLINIQUES		
PRESENTATION CLINIQUE : _____		
EXAMEN RADIOLOGIQUE	résultat _____	RADIOTHÉRAPIE année _____
MAMMOGRAPHIE	résultat _____	CHIMIOTHÉRAPIE année _____
SCINTIGRAPHIE	résultat _____	
ANTÉCÉDENTS DE NÉOPLASIE	_____	
S.V.P. écrire lisiblement, en lettres mouées		

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...)				
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**