

nom de la clinique ou du service

Date à laquelle cette prescription a été effectuée

Médecin:

Important: Tout formulaire non rempli conformément sera refusé.

Les étiquettes imprimées indiquent les tubes à prélever (nombre et type)

MÉDECIN:

Nom et prénom en lettre moulée

Ordonnance verbale, une copie sera consignée au dossier médical.

Ordonnance Individuelle Standardisée

Ordonnance collective

Signature de l'infirmière, _____

pratique _____

MÉDECIN:

Signature

Préleveur:

Prélevé par:

Date:

Heure:

COLLECTE URINAIRE MINUTÉE

SÉROLOGIE ET IMMUNOLOGIE

ANTIBIOTIQUES

FAIT À L'EXTÉRIEUR

<input type="checkbox"/>	VOLUME URINES DES 24 H _____ mL	# 10 UR.V24
<input type="checkbox"/>	508 CLAIRANCE DE CRÉATININE (Créatinine sérique obligatoire)	# 10 CLAIR # 1
MASSE: _____ kg; TAILLE: _____ cm		

<input type="checkbox"/>	510 Na.K.Cl	# 10 UR.IO
<input type="checkbox"/>	509 PROTÉINES URINAIRES 24 H	# 10 UR.PR
<input type="checkbox"/>	522 PROT. URINAIRES DIURNES	# 10 UR.JP
<input type="checkbox"/>	161 PROT. URINAIRES NOCTURNES	# 10 UR.NP
<input type="checkbox"/>	499 MICROALBUMINURIE 24 H (µG/min)	# 10 UR.MA
<input type="checkbox"/>	MICROALB. NOCTURNE 12 H (µG/min)	# 10 U10MA
<input type="checkbox"/>	513 URÉE	# 10 UR.UR
<input type="checkbox"/>	515 CALCIUM	# 11 # 10 UR.CA
<input type="checkbox"/>	516 MAGNÉSIUM	# 11 # 10 UR.MG
<input type="checkbox"/>	514 PHOSPHORE	# 11 # 10 UR.PH
<input type="checkbox"/>	517 ACIDE URIQUE	# # 10 UR.AU
<input type="checkbox"/>	511 CRÉATININE	# 10 UR.CR
<input type="checkbox"/>	163 CORTISOL	# 10 UCOR*
<input type="checkbox"/>	164 CATÉCHOLAMINES	# 11 CATU*
<input type="checkbox"/>	169 5HIAA	# 11 5HIA*
<input type="checkbox"/>	OSMOLALITÉ 24 HEURES	# 10 UOS24

MICROBIOLOGIE		
<input type="checkbox"/>	201 CULTURE URINE	#13 URCUL
<input type="checkbox"/>	203 CULTURE GORGE	#14 VSCUL
<input type="checkbox"/>	212 CULTURE SELLES ROUTINE # 1	#17 SECUL
<input type="checkbox"/>	800 CULTURE SELLES ROUTINE # 2	#17 SECU2
<input type="checkbox"/>	213 CLOSTRIDIUM DIFFICILE	#16 SEDIF
<input type="checkbox"/>	360 OXYURES	#18 SEOXY
<input type="checkbox"/>	282 PARASITES X 2 **	#15 SEPAS
** Envoyer les 2 selles au labo en même temps		
<input type="checkbox"/>	autre:	
GX-1606 (10M, 2017-11-27) GRM 14000026		

<input type="checkbox"/>	245 Ac HÉTÉROPHILES (MONONUCLÉOSE)	# 1 MONO
<input type="checkbox"/>	249 VDRL (syphilis) FIA	# 1 VDRLA
<input type="checkbox"/>	250 HBsAg (Anticorps Australien, HÉPATITE B)	# 1 HBSAA
<input type="checkbox"/>	251 ANTI-HBs (Anticorps Australien, HÉPATITE B)	# 1 AHBSA
<input type="checkbox"/>	261 ANTI-HBc (HÉPATITE B, ANTI-HBc totaux)	# 1 AHBCA
<input type="checkbox"/>	239 ANTI-HAV IgM (HÉPATITE A IgM)	# 1 HAVA
<input type="checkbox"/>	265 ANTI-HAV IgG	# 1 HAVGA
<input type="checkbox"/>	253 ANTI-HCV (HÉPATITE C dépistage)	# 1 HCVA
<input type="checkbox"/>	256 ANTI-HIV AG/AC	# 1 VIHAA
<input type="checkbox"/>	279 HÉPATITE C (ARNRT Qualitatif PCR)	# 1 HCVPC
<input type="checkbox"/>	254 HELICOBACTER PYLORI	# 1 HPYL
<input type="checkbox"/>	255 RUBÉOLE IgG (anti-rubéole)	# 1 RUA
<input type="checkbox"/>	286 PARVOVIRUS IgM & IgG (5ième maladie)	# 1 PARVO
<input type="checkbox"/>	398 TOXOPLASMOSE IgM	# 1 TOXMJ
<input type="checkbox"/>	399 TOXOPLASMOSE IgG	#1 TOXGJ
<input type="checkbox"/>	288 VARICELLE TOTAUX	#1 VAR
<input type="checkbox"/>	200 CHARGE VIRALE HCV	2X #1 CVHC
<input type="checkbox"/>	276 CHARGE VIRALE HIV	2X #2 CHVIH
<input type="checkbox"/>	356 DEPISTAGE SAMR site _____	#14 OXAR
<input type="checkbox"/>	357 DEPISTAGE ERV site _____	#14 VANR
<input type="checkbox"/>	854 Rech ADN Staph Auréus R PCR	#14 OXARP
<input type="checkbox"/>	355 Rech du Gène VANA PCR	#14 XPERV
<input type="checkbox"/>	368 Rech de sang dans les selles	#19 RSOSI
TESTS POUR FINS DE : <input type="checkbox"/> IMMUNITÉ <input type="checkbox"/> DIAGNOSTIC		
Inscrire diagnostic: _____		

Liquide céphalo-rachidien (LCR)		
<input type="checkbox"/>	540 PROTÉINE, GLUCOSE, ASPECT	LCR.B
<input type="checkbox"/>	637 DÉCOMPTE CELLULAIRE	LBIOH
<input type="checkbox"/>	218 CULTURE	LCCUL
<input type="checkbox"/>	541 BANDE OLIGOCLONALE ****	BDOL*

<input type="checkbox"/>	523- GENTAMICINE PRÉ-DOSE	: 1 ou # 3 GA
<input type="checkbox"/>	525- GENTAMICINE POST-DOSE	# 1 GP
<input type="checkbox"/>	526- GENTAMICINE	# 1 GENTA
<input type="checkbox"/>	527- TOBRAMYCINE PRÉ-DOSE	: 1 ou # 3 TBA
<input type="checkbox"/>	528- TOBRAMYCINE POST-DOSE	# 1 TBP
<input type="checkbox"/>	536- TOBRAMYCINE	# 1 TOBRA
<input type="checkbox"/>	537- VANCOMYCINE PRÉ (recommandé)	# 1 ou # 2 VA
<input type="checkbox"/>	538- VANCOMYCINE POST	# 1 VP

BANQUE DE SANG**		
<input type="checkbox"/>	150 ANTICORPS DE GROSSESSE	# 7 ACPRN
<input type="checkbox"/>	101 GROUPE SANGUIN, Rh	# 7 ABORH
<input type="checkbox"/>	102 COOMBS DIRECT ET INDIRECT	# 7 CDIR
<input type="checkbox"/>	103 COOMBS INDIRECT	# 7 CIND
<input type="checkbox"/>	107 AGGLUTININES FROIDES	# 7 AGG
<input type="checkbox"/>	112 CRYOGLOBULINES ♥	# 5 CRYOG
<input type="checkbox"/>	113 CRYOFIBRINOGENE ♥	# 7 CRYOF

LIQUIDES BIOLOGIQUES		
Type: <input type="checkbox"/> Liquide pleural <input type="checkbox"/> péritonéal <input type="checkbox"/> ascite <input type="checkbox"/> autre: _____		
<input type="checkbox"/>	542 LIQUIDE SÉROSITÉ	# 5 SEROS
<input type="checkbox"/>	637 DÉCOMPTE CELLULAIRE	# 2 LBIOH
<input type="checkbox"/>	170 PH LIQUIDE PLEURAL	# 6 SE.PH
<input type="checkbox"/>	171 LIPASE LIQUIDE PLEURAL	# 5 SE.LP
<input type="checkbox"/>	LDH LIQUIDE PLEURAL	# 5 SE.LD
<input type="checkbox"/>	ALBUMINE LIQUIDE PLEURAL	# 5 SE.AL
<input type="checkbox"/>	TRIGLYCÉRIDES LIQUIDE PLEURAL CHOLESTÉROL LIQUIDE PLEURAL	# 5 SE.TG # 5 SE.CH
<input type="checkbox"/>	544 LIQUIDE SYNOVIAL: ASP., VISC., MUCINE, CRIST., GLU. & PROT.	# 5 SYNOV
<input type="checkbox"/>	CRYSTAUX LIQUIDE SYNOVIAL	# 5 SY.CR
<input type="checkbox"/>	219 CULTURE	# 5 ou 13 LBCUL

<input type="checkbox"/>	RAST TEST	# 1 RSTI*
SPÉCIFIER ALLERGÈNES:		
<input type="checkbox"/>	179 α-1 ANTITRYPSINE	# 1 A1AT*
<input type="checkbox"/>	531 CATÉCHOLAMINES (sérique) *	# 3 CATE*
<input type="checkbox"/>	588 HGH (HORMONE DE CROISSANCE)	# 1 HGH*
<input type="checkbox"/>	183 ALDOSTÉRONNE *	#1 ALDO*
<input type="checkbox"/>	CYCLOSPORINE - NÉORAL	#2
<input type="checkbox"/>	TACROLIMUS - PROGRAF	#2
<input type="checkbox"/>	CELLCEPT (MOFETIL)	#2
AUTRES TEST FAIT À L'EXTÉRIEUR :		

Noter lieu du suivi

Selon le lieu de la greffe

Autres tests

Légende	
1. Jaune-gel (5 mL)	2. Lavande (3 mL)
3. Vert-gel, héparine Li (4 mL)	4. Bleu (3,5 mL)
5. Rouge sans gel (7mL)	6. Seringue héparinée
7. Lavande ou rose (6 ml) ou 2 tubes lavande (3 ml)	
8. Gris	9. Éprouvette urinaire
10. Collecte minutée	11. Pot avec préservatif
12. Vert foncé héparine Na	13. Pot stérile
14. Écouvillon	15. Préservatif SAF
16. Cont selles sans préservatif	17. Milieu Cary-Blair
18. Cont selles avec spatule collante	
19. Milieu de transport special	au labo < 1h
☉ abris lumière	* sur glace
◆ Sans garrot	
À jeun: ● 8 heures	✓ 12 heures
♥ acheminé à 37°C	
⊖ jeune non requis si dépistage	
☒ prélever le mardi & mercredi am/pm ou jeudi am	
**** AVEC PRÉLÈVEMENT SANGUIN	

nom de la clinique ou du service

Date à laquelle cette prescription a été effectuée

Médecin:

MÉDECIN:

Nom et prénom complet en lettre moulée

MÉDECIN:

Signature

pratique

Préleveur:

Prélevé par:

Date:

Heure:

Important: Tout formulaire non rempli conformément sera refusé.
 Les étiquettes imprimées indiquent les tubes à prélever (nombre et type)

- Ordonnance verbale, une copie sera consignée au dossier médical.
 - Ordonnance Individuelle Standardisée
 - Ordonnance collective
- Signature de l'infirmière, _____
 # pratique _____

HÉMATOLOGIE

BIOCHIMIE

BIOCHIMIE

BIOCHIMIE

<input type="checkbox"/> 601 FORMULE SANGUINE COMPLÈTE # 2 FSC	<input type="checkbox"/> 4 Na.K.Cl # 1 ou # 3 ISE	<input type="checkbox"/> 546 FACTEUR RHUMATOÏDE # 1 ou # 3 RF	<input type="checkbox"/> 400 GAZ VEINEUX * # 3 GAZVE
<input type="checkbox"/> 603 FORMULE SANGUINE (sans différentielle) # 2 HB-HT	<input type="checkbox"/> 406 GLUCOSE À JEÛN ● # 1 ou # 3	<input type="checkbox"/> 547 CRP # 1 CRP	<input type="checkbox"/> CO2 TOTAL #2 CO2V
<input type="checkbox"/> 605 RÉTICULOCYTES # 2 RETIC	<input type="checkbox"/> 414 CRÉATININE (filt. glom. estimée) # 1 ou # 3	<input type="checkbox"/> 248 ANTISTREPTOLYSINE O # 1 ASLO	<input type="checkbox"/> 403 CARBOXYHÉMOGLOBINE # 2 ou # 3 HBCO
<input type="checkbox"/> 606 ANA # 1 ANA	<input type="checkbox"/> 415 CHOLESTÉROL ✓ ⊖ # 1 ou # 3 CHOL	<input type="checkbox"/> 105 C3C4 # 1 C3C43	<input type="checkbox"/> 545 CALCIUM IONISÉ MESURÉ # 3 CAIV
<input type="checkbox"/> 608 ANTI DNA # 1 NDNA	<input type="checkbox"/> 417 TRIGLYCÉRIDES ✓ ⊖ # 1 ou # 3 TRIG	<input type="checkbox"/> 454 HAPTOGLOBINE # 1 HAPT	<input type="checkbox"/> 404 ACIDE LACTIQUE ◆ * # 8 LA
<input type="checkbox"/> 609 ANTI TISSU # 1 TISSU	<input type="checkbox"/> 416 HDL / LDL ✓ ⊖ # 1 ou # 3 LIPID	<input type="checkbox"/> 493 APOLIPOPROTÉINE B # 1 APOBT	<input type="checkbox"/> 405 OSMOLALITÉ SÉRIQUE # 1 ou # 3 OSMO
<input type="checkbox"/> 607 ENA # 1 ENA	<input type="checkbox"/> 419 ALT (GPT) # 1 ou # 3 ALT	<input type="checkbox"/> 189 THYROGLOBULINE (TGB) # 1 ou # 3 TG	<input type="checkbox"/> 543 AMMONIAQUE ◆ * #12 ou # 2 AMMO
<input type="checkbox"/> 610 CD4, CD8 [i] # 2 TYLYM	<input type="checkbox"/> 421 CK # 1 ou # 3 CK	MÉDICAMENTS	
<input type="checkbox"/> 693 ANTI-TRANSGLUTAMINASE # 1 ATRG1	<input type="checkbox"/> 474 TROPONINE I # 3 ou # 1 TROP	PRISE : DATE : _____ HRE : _____ Ne pas prendre le médicament avant le prélèvement	
<input type="checkbox"/> 665 HLA-B27 [i] HLA-B	<input type="checkbox"/> 423 ALP # 1 ou # 3 ALP	<input type="checkbox"/> 556 ACIDE VALPROÏQUE # 1 ou # 3 VALP	<input type="checkbox"/> 452 Ac ANTITHYROÏDIENS # 1 ou # 3 AATH
HÉMOSTASE		<input type="checkbox"/> 424 GGT (GAMMA GT) # 1 ou # 2 GGT	<input type="checkbox"/> 441 PSA (ANTIGÈNE SPÉCIFIQUE PROSTATE) # 1 PSAIM
<input type="checkbox"/> 718 COAGULOGRAMME DE DÉPISTAGE (PTPT) #4 PTPT	<input type="checkbox"/> 426 LIPASE # 1 ou # 3 LIP	<input type="checkbox"/> 557 CARBAMAZÉPINE # 1 ou # 3 CARB.	<input type="checkbox"/> 488 α - FÉTOPROTÉINE # 1 AFP
<input type="checkbox"/> 724 COAGULOGRAMME (PT-PTT-THROMBINE-FIBRI) #2 + #4 COAG	<input type="checkbox"/> 427 BILIRUBINE TOTALE # 1 ou # 3 TBIL	<input type="checkbox"/> 552 DIGOXINE # 1 ou # 3 DIGOR	<input type="checkbox"/> 482 β 2-MICROGLOBULINE # 1 BMICR
<input type="checkbox"/> 745 Temps de saignement #4 TSGIV	<input type="checkbox"/> 430 PROTÉINES TOTALES # 1 ou # 3 TP	<input type="checkbox"/> 551 LITHIUM # 1 LITHM	<input type="checkbox"/> 464 β-HCG QUANTITATIF POUR CANCER # 1 ou # 3 HCGCA
<input type="checkbox"/> 721 PT-RIN (SUIVI COUMADIN) #4 PTRIN	<input type="checkbox"/> 431 ALBUMINE # 1 ou # 3 ALB	<input type="checkbox"/> 555 PHÉNOBARBITAL # 1 ou # 3 PHENB	<input type="checkbox"/> 469 FSH # 1 ou # 3 FSH
<input type="checkbox"/> 719 PTT (SUIVI HÉPARINE) #4 PTT1	<input type="checkbox"/> 435 CALCIUM # 1 ou # 3 CA	<input type="checkbox"/> 554 PHÉNYTOÏNE (DILANTIN) # 1 ou # 3 DILAN	<input type="checkbox"/> 471 LH # 1 LH
<input type="checkbox"/> 722 FIBRINOGENE # 4 FIBRI	<input type="checkbox"/> 434 PHOSPHORE # 1 PHOS	<input type="checkbox"/> 553 THÉOPHYLLINE # 1 ou # 3 THEOP	<input type="checkbox"/> 594 PROGESTÉRONNE # 1 PROGT
<input type="checkbox"/> 723 THROMBINE # 4 TT	<input type="checkbox"/> 436 MAGNÉSIUM # 1 ou # 3 MG	<input type="checkbox"/> 558 ACÉTAMINOPHÈNE # 1 ou # 3 ACET	<input type="checkbox"/> 444 PROLACTINE (8-11 h) * ● # 1 ou # 3 PROL
<input type="checkbox"/> 725 D-DIMÈRES # 4 DDIM1	<input type="checkbox"/> 429 ACIDE URIQUE # 1 ou # 3 URCA	<input type="checkbox"/> 559 SALICYLATES # 1 ou # 3 SALI	<input type="checkbox"/> 445 ESTRADIOL # 1 ou # 3 ESTD
◆ TYPE ANTICOAGULANT OBLIGATOIRE : _____	<input type="checkbox"/> 953 CTFF (TIBC, FER, % TRANSFERRINE) # 1 TIBCA	MICITION URINAIRE	
PRISE : DATE : _____ HEURE : _____	<input type="checkbox"/> 467 FERRITINE # 1 ou # 2 FERR	<input type="checkbox"/> 501 ANALYSE D'URINE # 9 URINE	<input type="checkbox"/> 446 CORTISOL AM (8 - 10 h) # 1 ou # 3 CORAM
DROGUES		<input type="checkbox"/> 504 PROTÉINES # 9 USPPR	<input type="checkbox"/> 447 CORTISOL PM (16 - 20 h) # 1 CORPM
<input type="checkbox"/> 563 DROGUES DE RUE (GÉNÉRAL) # 9 TRIAG	<input type="checkbox"/> 437 HÉMOGLOBINE GLYQUÉE # 2 A1C	<input type="checkbox"/> 480 MICROALBUMINURIE (RATIO ALB/CRÉAT) # 9 US.AL	<input type="checkbox"/> 597 SHBG (SEX HORMON BINDING GLOBULIN) # 1 ou # 3 SBG
<input type="checkbox"/> 562 DROGUES DE RUE (BZO-COC-OPI) # 9 DROG	<input type="checkbox"/> 448 TEST DE GROSSESSE sérum # 1 ou # 3 HCGS	<input type="checkbox"/> 506 Na.K.Cl # 9 USPIO	<input type="checkbox"/> 530 TESTOSTÉRONNE TOTALE # 1 ou # 3 TTE
<input type="checkbox"/> AMPHÉTAMINE # 9 AMPS	<input type="checkbox"/> 487 PRÉALBUMINE # 1 PREAL	<input type="checkbox"/> 519 CALCIUM # 9 USCA	Autres tests
<input type="checkbox"/> BARBITURIQUES # 9 UBARB	<input type="checkbox"/> 461 IMMUNOGLOBULINES IgG, IgA, IgM # 1 ou # 3 IMMU.	<input type="checkbox"/> 481 OSMOLALITÉ URINAIRE # 9 UOSMO	<input type="checkbox"/>
Tests avec justifications (utilisation restreinte), renseignement clinique obligatoire			
<input type="checkbox"/> BENZODIAZÉPINES # 9 BENZ	<input type="checkbox"/> 535 Acide folique <input type="checkbox"/> Anémie <input type="checkbox"/> Macrocytose <input type="checkbox"/> Pancytopenie <input type="checkbox"/> Malabsorption <input type="checkbox"/> Malnutrition <input type="checkbox"/> ROH <input type="checkbox"/> Tx antifolique <input type="checkbox"/> Chimiothérapie		<input type="checkbox"/> Urée <input type="checkbox"/> Patient dialysé <input type="checkbox"/> Suspicion Mx pré-rénale <input type="checkbox"/> Atteinte rénale
<input type="checkbox"/> CANNABINOÏDES # 9 THC	<input type="checkbox"/> Vit. D.25-OH <input type="checkbox"/> Ostéoporose <input type="checkbox"/> Ostéopénie <input type="checkbox"/> Rachitisme <input type="checkbox"/> Hypo/hypercalcémie <input type="checkbox"/> Fractures à répétition <input type="checkbox"/> Malabsorption <input type="checkbox"/> Prise Rx <input type="checkbox"/> Suppl. vit D (>2000U/J)		<input type="checkbox"/> 418 AST <input type="checkbox"/> Hépatique alcoolique suspectée <input type="checkbox"/> NASH <input type="checkbox"/> Chimiothérapie
<input type="checkbox"/> COCAÏNE # 9 COCA	<input type="checkbox"/> 604 Vitesse de sédimentation <input type="checkbox"/> Artérite temporale <input type="checkbox"/> Polymyalgie rhumatica <input type="checkbox"/> Arthrite inflammatoire <input type="checkbox"/> Ostéomyélite <input type="checkbox"/> Infection prothétique <input type="checkbox"/> Cancer <input type="checkbox"/> Anémie		<input type="checkbox"/> T4 libre <input type="checkbox"/> Suivi hyper T4 <input type="checkbox"/> Tx synthroid <input type="checkbox"/> Mx hypophysaire/hypothalamique
<input type="checkbox"/> OPIACÉS # 9 OPI	<input type="checkbox"/> 458 Électrophorèse des protéines <input type="checkbox"/> Si patient âgé < 30 ans, indiquer la raison de la demande: _____		<input type="checkbox"/> 420 LDH <input type="checkbox"/> Anémie hémolytique <input type="checkbox"/> Hémolyse <input type="checkbox"/> Liq. biologique <input type="checkbox"/> Cancer <input type="checkbox"/> Ischémie intertinal
<input type="checkbox"/> PHENCYCLIDINE # 9 PCP	<input type="checkbox"/> 432 Fer sérique <input type="checkbox"/> Atteinte rénale/hépatique <input type="checkbox"/> Atteinte maligne <input type="checkbox"/> État inflammatoire <input type="checkbox"/> État infectieux chronique		<input type="checkbox"/> Bilirubine directe réflexé si bili tot > limite supérieure des valeurs de référence et âge > 14 jrs.
<input type="checkbox"/> 561 ÉTHANOL # 1, #2 ou # 3 ETOH	<input type="checkbox"/> 534 Vit. B12 <input type="checkbox"/> Anémie <input type="checkbox"/> Macrocytose <input type="checkbox"/> Pancytopenie <input type="checkbox"/> Malabsorption <input type="checkbox"/> Troubles neurologiques <input type="checkbox"/> Maladie auto-immune <input type="checkbox"/> Tx antifolique		