

Réquisition laboratoire

Centre de prélèvements
480, 5e rue, Saint-Jérôme, J7Z 0H6
(près des Galeries des Laurentides)

IMPORTANT : Tout formulaire non
identifié ou non signé sera refusé

Info: www.cdsjlabo.org

Clinique du prescripteur: _____
Où acheminer les résultats

Code de Clinique SIL

Date de l'ordonnance : _____

Nom, prénom : _____

N° permis : _____

Signature : _____

OV OC N° permis : _____

N° RAMQ:
(Obligatoire)

Nom, prénom :
(Obligatoire)

Téléphone : _____

Adresse : _____

Renseignements cliniques : _____

PRESCRIPTEUR

USAGER

BIOCHIMIE

ELEC Électrolytes Na, K, Cl ●

CREA Créatinine (inclut calcul filtration glomérulaire) ●

GLUJ Glucose ●

INSUL Insuline ●  

CHOLE Cholestérol ●

PRLIP HDL/LDL Chol/Trig ●

TRIGS Triglycérides ●

APOAI Apo lipoprotéine A ●

APOB Apo lipoprotéine B ●

BILIT Bilirubine totale ●
Bilirubine directe analysée si Bilirubine totale anormale

ALP ALP ●

GGT GGT ●

ALT ALT (GPT) ●

CK CK totale ●

LIP Lipase ●

APS PSA total ●

CEA CEA ●

CA125 CA 125 ●

CA153 CA 15-3 ●

CA199 CA 19-9 ●

CO08 Cortisol AM (8-10 h) ●

CO16 Cortisol PM (16-20 h) ●

RA Facteur rhumatoïde ●

PROL Prolactine (8-11 h) ●

RSOSI Rech. sang selles RSOSi

Date du prélèvement obligatoire : _____

BIOCHIMIE (SUITE)

HBA1C Hémoglobine glyquée ●

MALU Micro albuminurie ▼

ANURI Analyse d'urine ▼

PROT Protéines totales ●

ALB Albumine ●

CA Calcium ●

PHOS Phosphore ●

ACURI Acide urique ●

CAICA Calcium ionisé ●

MG Magnésium ●

OIMMU Immunoglobulines (IgA, IgG, IgM) ●

FERRI CTFF (TIBC) (fer + coefficient saturation) ●
Ne prendre aucun supplément de fer dans les 24h
précédentes

FERRI Ferritine ●

PTH Parathormone (PTH intacte) ●

TSH TSH (si TSH anormale T4L analysée) ●

TPO et **THGAC** Anticorps antithyroïdiens ●
(Anti-TPO et Anti-Thyroglobuline)

T4L T4 libre ●

FSH FSH ●

LH LH ●

ESTD Estradiol (œstrogènes) ●

TESBI Testostérone bio disponible calculée ●

TESTO Testostérone totale ●

ELEP Électrophorèse des protéines sériques ●

URÉE URÉE ●

Autres analyses : _____

PRÉLÈVEMENT

APPOSER L'ÉTIQUETTE CODE-BARRE
DE LA REQUÊTE ICI

Clinique, centre ou service de prélèvement : _____

Date et heure prélèvement : _____

N° d'accréditation : _____

DIVERS

BDS Groupe sanguin, Rh ● 

CURI Culture d'urine ●

Date et heure de prélèvement : _____

Antibiotiques reçus : NON OUI

HÉMATOLOGIE

FS FS (Formule sanguine) ●

FSC FSC (Formule sanguine complète) ●

RETIC Réticulocytes ●

ANA ANA (FAN) ●

ENA ENA ●

DNA Anti-dsDNA ●

CEPAR Anti-tissus ●

AATGL Anti-transglutaminase ●

COAGULATION

PT PT (RIN) ●

Inscrire type anticoagulant : _____

PTT PTT (suivi héparine) ●

Inscrire type anticoagulant : _____

Autre analyse : _____

Tube de sang à bouchon : Jaune ● Lavande 3ml ● Gris ●
Bleu ● Rose ●

Contenant sec 

Pot culture stérile 

Milieu Carry-Blair ou entérique 

Milieu SAF 

Milieu APTIMA : prélèvement vaginal  urinaire 

Stérile bâtonnet adhésif 

GX-1662 (GRM 14000041) révision Janvier 2025

Écouvillon stérile

Écouvillon : Amie 

Charbon bois 

Milieu de culture Strepto B 

Tube conique 

GROSSESSE

Indiquer si:

- BILAN PRÉ-GROSSESSE
- 1^{ER} BILAN GROSSESSE

HCGB β-HCG quantitatif (sérum)

GLUJ Glucose

FSC FSC

CREA Créatinine

TSH TSH

SYP Syphilis (inclut RPR si réactif)

HBSAC Anti-HBs (immunité hépatite B)

HBSAG HBsAg (maladie hépatite B)

RUBE0 Rubéole

VIH Anti-VIH

PARVG Parvovirus IgG

PARVM Parvovirus IGM

CURI Culture d'urine

ANURI Analyse d'urine

BDS Groupe sanguin, Rh

BDS Anticorps prénataux

Strep B vag-rect (35-37 sem)

STRB Non-allergique à la pénicilline

STRB Allergique à la pénicilline

Accouchement à :

- Saint-Jérôme
- Sainte-Agathe
- Saint-Eustache
- Laval

Sans rendez-vous: inscription avant 12h30. **A jeun 2h**

G15G Dépistage diabète gestationnel (Entre 24-28 semaines)

Glucose 1 h post 50 g

Indiquer les semaines de gestation : _____

ATTENTION : FAIT SUR RENDEZ-VOUS Téléphoner au 450 431-8777

HYPG2 Hyperglycémie gestationnelle (Si glucose 1 h post 50 g entre 7,8 et 11,0 mmol/L)

Glucose 0-1-2 hrs post 75 g

Indiquer les semaines de gestation : _____

RÉCHERCHE DE PARASITES INTESTINAUX

Diarrhée parasitaire : Diarrhée depuis ≥ 10 jours et l'un des renseignements obligatoires :

- PARAT** 1^{re} ligne (TAAN) jour #1
- Retour de voyage. Pays : _____
- Immunodépression
- Facteurs de risque : garderie, éclosion communautaire, animaux de ferme, eau non traitée (puits, lac, etc)
- Abcès amibiens du foie (avec ou sans diarrhée)
- Autre (selon l'indication) : _____

PARAS 2^e ligne (microscopie) Effectué sur demande si TAAN négatif ET :

- Retour de voyage. Pays : _____
- Immunodépression
- Recommandation gastro-entérologue/infectiologue
- Pré-greffe de selles jour #1 + jour #2

Infestation par un helminthe (ver) : Requiert l'un des renseignements obligatoires suivants :

- RHELM** Recherche d'helminthe microscopie
- Immigration/réfugié. Pays : _____
- Immunodépression
- Éosinophilie
- Expulsion de ver jour #1
- Retard de croissance jour #2
- Recommandation gastro-entérologue/infectiologue

OXYX Recherche d'oxyures
Aucun renseignement clinique obligatoire

MICROBIOLOGIE

Date et heure du prélèvement : _____

Antibiotiques reçus: NON OUI

CURI Culture d'urine

GORGE Culture de gorge

SELLE Culture de selles # 1

SELLE Culture de selles # 2

CLOSD Clostridium difficile

HBSAC Anti-HBs (immunité hépatite B)

HBSAG HBsAg (maladie hépatite B)

AVHCT Anti-HCV (hépatite C)

VHAG Anti-HAV IgG (immunité hép. A)

RUBE0 Rubéole

VIH Anti-VIH

MONO Ac Hétérophiles (mononucléose)

SYP Syphilis (inclut RPR si réactif)

PARVG Parvovirus(IgG) **PARVM**(IgM)

CMVIG CMV(IgG) **CMVIM**(IgM)

TOXG Toxo (IgG) **TOXM**(IgM)

EBNAG Epstein-Barr virus (IgG et IgM)

HS12G Herpes Simplex type I et II

VZVG Varicelle anticorps totaux

VAGI Sécrétions vaginales

CGVA Chlamydia / Gonorrhée
Prélèvement vaginal

CGU Chlamydia / Gonorrhée
Prélèvement urinaire

GONO Gonorrhée gorge (culture)

GONO Gonorrhée génitale (culture)

Autres analyses: _____

MÉDICAMENTS

Date et heure de la dernière dose : _____

LITH Lithium (À faire 12 h après une dose)

DIGXN Digoxine (À faire 8 h à 12 h après une dose)

THEOP Théophylline (À faire 4 h après une dose)

PHEN Phénytoïne (À faire avant une dose)

PHENB Phénobarbital (À faire avant une dose)

VALPT Acide valproïque (À faire avant une dose)

CARBA Carbamazépine (À faire avant une dose)

DRODE Drogues de rue (TRIAG)

TESTS AVEC JUSTIFICATIONS, RENSEIGNEMENT CLINIQUE OBLIGATOIRE

FOLAT Acide folique*

Cocher si :

- Anémie
- Malabsorption
- Malnutrition
- Chirurgie bariatrique
- Trouble neuro/polyneuropathie
- Trait. agent médicamenteux
- Projet de recherche approuvé

AST AST

Cocher si :

- Atteinte hépatique alcoolique
- Pré-éclampsie
- Atteinte hépatique virale
- Cirrhose
- Fibrose hépatique (FIB-4)
- Ratio AST/ALT
- Atteinte hépatique toxique
- Autorisation BCM
- Atteinte hépatique médicamenteuse

25VID Vitamine D 25-OH*

Cocher si :

- Ostéoporse
- Rachitisme
- Ostéopénie
- Supplémentation >2000/j
- Hypercalcémie
- Malabsorption
- Chirurgie bariatrique
- Hypocalcémie
- Autorisation BCM

SEDI Vitesse de sédimentation

Cocher si :

- Artérite Temporale
- Arthrite inflammatoire
- Hodgkin
- Ostéomyélite chronique
- Polymyalgia rheumatica

B12 Vitamine B12*

Cocher si :

- Trouble neurologique.
- Malabsorption
- Trouble cognitif
- Troubles Psychiatriques
- Macrocytose
- Autorisation BCM
- Anémie Macrocytaire ou pancytopenie
- Personnes âgées avec M-A-I et sous TTT

HYPERGLYCÉMIE

HYPE2 Glucose (tolérance)

Glucose 0-2 h post 75 g

LÉGENDE

Test nécessitant un jeûne de 2 heures

Test nécessitant un jeûne de 8 heures

Eau permise
Note : L'eau est permise pour toutes les analyses sans exception

Requête GX-306 ou GX-238 requis
La personne qui effectue le prélèvement signe au complet avec la date et l'heure sur la requête et appose ses initiales avec la date et l'heure sur l'échantillon