



Analyses du laboratoire de **SÉROLOGIE SPÉCIALISÉE**

3175, Côte Sainte-Catherine, Montréal, QC, H3T 1C5, 514-345-4642

Prélèvement demandé: Date: _____ Heure _____ ou Heure de tournée: 7h 11h 14h 17h 20h 00h

<p>Centre hospitalier : _____</p> <p>Adresse : <u>Numéro civique</u> <u>Rue</u></p> <p><u>Municipalité</u> <u>Pays/Province</u> <u>Code postal</u></p> <p>Téléphone : _____ FAX : _____</p> <p>MD requérant : _____ # Licence : _____</p> <p>Prélèvement fait: Date: _____ Heure _____</p> <p>Prélevé par: _____</p> <p>Cocher obligatoirement la nature de l'échantillon et les analyses requises</p> <p><input type="checkbox"/> Donneur d'organe solide</p> <p><input type="checkbox"/> Donneur de moëlle osseuse</p>	<p>Identification du patient</p> <p>Nom, Prénom :</p> <p>Sexe : F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/></p> <p># Dossier / # Ass. maladie :</p> <p>Date de naissance : _____</p> <p>ou _____</p> <p>Plaquer carte</p>
---	---

Renseignement clinique: _____

Grossesse Greffe Historique de voyage: _____ Date de retour: _____ Année-mois-jour

Sérologie (tube doré)

Sérologie infectieuse			Sérologie auto-immune	
Statut immunitaire Total	Statut immunitaire IgG	Maladie aiguë IgM	Auto-Anticorps	
Diptérie	<input type="checkbox"/> DIPAC		Ac. antinucléaires (ANA)	<input type="checkbox"/> ANA
Tétanos	<input type="checkbox"/> TETAC		Mitochondries	<input type="checkbox"/> MT
Poliovirus <input type="checkbox"/> NTPOL			Muscle lisse	<input type="checkbox"/> ML
EBV-VCA (IF)	<input type="checkbox"/> EBV		Cellules pariétales	<input type="checkbox"/> CP
EBV-EBNA (IF) <input type="checkbox"/> EBNAI			ANCA	<input type="checkbox"/> ANCAG
EA (IF) <input type="checkbox"/> EA			Pancréas	<input type="checkbox"/> PANCR
HSV	<input type="checkbox"/> HSVG		Anti-histone	<input type="checkbox"/> HISTO
VZV	<input type="checkbox"/> VZG	<input type="checkbox"/> VZM	Anti-DNA (auto-anticorps)	<input type="checkbox"/> NDNA
Rougeole	<input type="checkbox"/> ROUG	<input type="checkbox"/> ROUM	Anti-récepteur glutamate NMDA	LCR <input type="checkbox"/> Sérum <input type="checkbox"/> NMDA
Oreillons	<input type="checkbox"/> ORG	<input type="checkbox"/> ORM		
Parvovirus	<input type="checkbox"/> PAIFG	<input type="checkbox"/> PAIFM		
Mycoplasma pneumoniae		<input type="checkbox"/> MYPM2		
Bartonella (Griffe de chat)	<input type="checkbox"/> GRIFH			
Mono test <input type="checkbox"/> MONO				

Analyse(s) envoyée(s) à l'extérieur

Anti-DNase (anti-streptocoque gr. A) <input type="checkbox"/> ADNAA	Dépistage ENA <input type="checkbox"/> DEENA (incluant RNP, SM, SSA, SSB, SCL70, JO1, CENP-B)
Fièvre Q <input type="checkbox"/> FIQFC	Peau (membrane basale) <input type="checkbox"/> MB
Maladie de Lyme * <input type="checkbox"/> LYMEG	Peau (substance intercellulaire) <input type="checkbox"/> SI
Tularémie * <input type="checkbox"/> AGGLT	Cortex surrénalien <input type="checkbox"/> CSURR
Brucella * <input type="checkbox"/> AGGLB	Ac GBM (membrane basale glomérulaire) <input type="checkbox"/> GBM2
Dengue * <input type="checkbox"/> DENG	Facteur rhumatoïdes (RF) <input type="checkbox"/> RFG
Leptospira <input type="checkbox"/> LEPTO	Anti-LKM <input type="checkbox"/> LKM
Chikungunya * <input type="checkbox"/> CHIK	Anti-NMO (Devic's Disease) <input type="checkbox"/> NMOIG
Virus du Nil occidental * <input type="checkbox"/> 1NIL	Anti-GAD 65 LCR <input type="checkbox"/> Sérum <input type="checkbox"/> AGAD
Virus Zika * <input type="checkbox"/> ZIKA	Anti-AMPA LCR <input type="checkbox"/> Sérum <input type="checkbox"/> ACAMP
Encéphalite spécifier: *	Anti-VGKC LCR <input type="checkbox"/> Sérum <input type="checkbox"/> AVGKC
Sérologie-mycologie	Profil paraneoplasique LCR <input type="checkbox"/> Sérum <input type="checkbox"/> ANEUR (incluant anti: HU-RI-YO-CV2-PNMA2-Amphiphysine)
Galactomanane (antigène aspergillus) <input type="checkbox"/> GALA	Profil neurologique LCR <input type="checkbox"/> Sérum <input type="checkbox"/> MITOG (incluant anti: GM1, GM2, GM3, GD1a, GD1b, GT1b, GQ1b)
Antigène Histoplasma Urine <input type="checkbox"/> Sérum <input type="checkbox"/> HISA	Anti-GABA LCR <input type="checkbox"/> Sérum <input type="checkbox"/> GABA
Antigène Blastomyces Urine <input type="checkbox"/> Sérum <input type="checkbox"/> BLAA	Anti-DPPX LCR <input type="checkbox"/> Sérum <input type="checkbox"/> DPPX
Sérologie-parasitologie	Auto-anticorps autre, spécifiez: _____
Sérologie parasitaire spécifier: _____	

* Analyse(s) nécessitant des informations cliniques obligatoires (voir verso)

Analyses du laboratoire de **SÉROLOGIE SPÉCIALISÉE**

3175, Côte Sainte-Catherine, Montréal, QC, H3T 1C5, 514-345-4642

Prélèvement demandé: Date: _____ Heure _____ ou Heure de tournée: 7h 11h 14h 17h 20h 00h

Centre hospitalier : _____	Identification du patient
Adresse : Numéro civique _____ Rue _____ Municipalité _____ Pays/Province _____ Code postal _____	Nom, Prénom : _____
Téléphone : _____ FAX : _____	Sexe : F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
MD requérant : _____ # Licence : _____	# Dossier / # Ass. maladie : _____
Prélèvement fait: Date: _____ Heure _____	Date de naissance : _____
Prélevé par: _____	ou _____
Cocher obligatoirement la nature de l'échantillon et les analyses requises	Plaquer carte
<input type="checkbox"/> Donneur d'organe solide	
<input type="checkbox"/> Donneur de moëlle osseuse	

IMPORTANT

Des informations sont nécessaires pour les analyses demandées.

SVP, Veuillez fournir les renseignements suivants

Pays visité : _____

Date de départ : _____

Date de retour : _____

Symptômes : _____

Date début des symptômes : _____

Grossesse: OUI NON

Grossesse nombre de semaine : _____

Patient vacciné pour la fièvre jaune? OUI NON