

# Analyses du laboratoire de **VIROLOGIE** Analyses du laboratoire de **VIROLOGIE**

ATTENTION: Zone grise obligatoire

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 ☐

Unité de Soins/Clinique : _____ MD Requérant : _____ # Licence : _____ <b>Prélèvement fait: Date:</b> _____ <b>Heure</b> _____ <b>Prélevé par:</b> _____ Cocher obligatoirement la nature de l'échantillon et les analyses requises <input type="checkbox"/> Infection congénitale <input type="checkbox"/> Virus à rechercher : _____	Identification du patient Nom, Prénom : _____ Sexe : F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> # Dossier ou # Ass. maladie : _____ Date de naissance : _____ ou Plaquer carte
--	---

Renseignements cliniques: \_\_\_\_\_

NATURE DE L'ÉCHANTILLON	VIROLOGIE	BIOLOGIE MOLÉCULAIRE
<b>Autopsie</b> <input type="checkbox"/> Spécifier : _____	<input type="checkbox"/> Culture routine VAUTG	
<b>Biopsie</b> <input type="checkbox"/> Spécifier : _____	<input type="checkbox"/> Culture routine VBIO (incluant recherche de CMV par culture en tube et lamelle)	<input type="checkbox"/> PCR autre : _____
<b>Génital</b> <input type="checkbox"/> Anus <input type="checkbox"/> Pénis <input type="checkbox"/> Vagin/ Sécrétions vaginales <input type="checkbox"/> Vulve <input type="checkbox"/> Col <input type="checkbox"/> Urètre/ Sécrétions urétrales <input type="checkbox"/> Autre (spécifier): _____	<input type="checkbox"/> Détection de HSV 1 et 2 par TANN HSV12 <input type="checkbox"/> Culture routine VSHV <input type="checkbox"/> Culture Chlamydia trachomatis CHLAT <input type="checkbox"/> Détection de HSV 1 et 2 par TANN HSV12 <input type="checkbox"/> Culture routine VSHV <input type="checkbox"/> Culture Chlamydia trachomatis CHLAT	
<b>Liquide</b> <input type="checkbox"/> Amniotique <input type="checkbox"/> Céphalorachidien (LCR) <input type="checkbox"/> Pleural <input type="checkbox"/> Autre liquide : _____	<input type="checkbox"/> Culture routine VLAM4 (incluant recherche de CMV par PCR quantitatif et culture en tube) <input type="checkbox"/> Recherche Rubéole RUB1 (PCR et culture sur lamelle) <input type="checkbox"/> Culture routine VLICR2 <input type="checkbox"/> Culture routine VLIQ	<input type="checkbox"/> PCR Herpès simplex 1 et 2 quantitatif QHSV12 <input type="checkbox"/> PCR VZV spécifique PCRZV <input type="checkbox"/> PCR autre : _____ <input type="checkbox"/> PCR CMV quantitatif QCMV12 <input type="checkbox"/> PCR EVB quantitatif QEBV12 <input type="checkbox"/> PCR Herpès simplex 1 et 2 quantitatif QHSV12 <input type="checkbox"/> PCR JC/BK quantitatif BKJCG <input type="checkbox"/> PCR VZV spécifique PCRZV <input type="checkbox"/> PCR Entérovirus PCREN <input type="checkbox"/> PCR autre : _____
<b>Oeil</b> <input type="checkbox"/> Humeur aqueuse <input type="checkbox"/> Vitré <input type="checkbox"/> Conjonctive	<input type="checkbox"/> Détection de HSV 1 et 2 par TANN HSV12 <input type="checkbox"/> Culture routine VOEIL <input type="checkbox"/> Culture Chlamydia trachomatis CHLAT	<input type="checkbox"/> PCR CMV quantitatif QCMV12 <input type="checkbox"/> PCR EVB quantitatif QEBV12 <input type="checkbox"/> PCR Herpès simplex 1 et 2 quantitatif QHSV12 <input type="checkbox"/> PCR VZV spécifique PCRZV <input type="checkbox"/> PCR autre : _____
<b>Peau - Vésicule - Grattage</b>	<input type="checkbox"/> Détection de HSV 1 et 2 par TANN HSV12 <input type="checkbox"/> Culture routine VSHV <input type="checkbox"/> Immunofluorescence IFDHV <input type="checkbox"/> Culture autre : _____	<input type="checkbox"/> PCR autre : _____



CHU Sainte-Justine  
Le centre hospitalier  
universitaire mère-enfant



Recto/Verso

F-1710 # INV.:3994957 (REV. 2016-04)

# ANALYSES DU LABORATOIRE DE VIROLOGIE

ATTENTION: Zone grise obligatoire

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 ☐

Unité de Soins/Clinique : _____ MD Requérant : _____ # Licence : _____ <b>Prélèvement fait: Date:</b> _____ <b>Heure</b> _____ <b>Prélevé par:</b> _____ Cocher obligatoirement la nature de l'échantillon et les analyses requises <input type="checkbox"/> Infection congénitale <input type="checkbox"/> Virus à rechercher : _____	Identification du patient Nom, Prénom Sexe : F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> # Dossier ou # Ass. maladie : Date de naissance : ou Plaquer carte
--	---

Renseignements cliniques: \_\_\_\_\_

NATURE DE L'ÉCHANTILLON	VIROLOGIE	BIOLOGIE MOLÉCULAIRE
-------------------------	-----------	----------------------

**Respiratoire**

<input type="checkbox"/> Aspiration (sécrétion) naso-pharyngée (SNP-LUKI)	<input type="checkbox"/> Protocole salle d'urgence <sup>1, 2</sup> (Si 3 ans et plus) PURG2
<input type="checkbox"/> Aspiration (sécrétion) endo-trachéale (SET)	<input type="checkbox"/> Protocole unité de soins <sup>3</sup> PUDS2
<input type="checkbox"/> Écouvillon naso-pharyngé (Flocked swab)	<input type="checkbox"/> Protocole immunosupprimé-soins intensifs <sup>2, 3</sup> PISI2
	<input type="checkbox"/> Protocole clinique externe <sup>2</sup> PEXT
	<input type="checkbox"/> Autre (spécifier): <sup>9</sup> _____
<input type="checkbox"/> Expectoration	<input type="checkbox"/> Culture routine VRSP
<input type="checkbox"/> Gorge	<input type="checkbox"/> Culture routine VRSP
	<input type="checkbox"/> Culture Chlamydia trachomatis CHLAT
	<input type="checkbox"/> Recherche de CMV <sup>5, 6</sup> VCMV3
	<input type="checkbox"/> Autre (spécifier): <sup>9</sup> _____
<input type="checkbox"/> Lavages Broncho-alvéolaire : PROTOCOLE BAL	<input type="checkbox"/> Standard / FKP <sup>2, 3, 4, 5, 7</sup> STDFK
	<input type="checkbox"/> Immunosupprimés-soins intensifs <sup>2, 3, 4, 5, 6, 7, 8</sup> BALIM
	<input type="checkbox"/> Autre (spécifier): <sup>9</sup> _____
<input type="checkbox"/> Autre (spécifier) : _____	<input type="checkbox"/> Autre (spécifier): <sup>9</sup> _____

<sup>1</sup> Test antigénique rapide (RSV, Influenza)	<sup>4</sup> Immunofluorescence pour virus respiratoire	<sup>7</sup> Culture CMV sur lamelle (Shell vial)
<sup>2</sup> Culture virale de routine	<sup>5</sup> Culture CMV en tube	<sup>8</sup> PCR Adénovirus quantitatif
<sup>3</sup> PCR multiplex respiratoire	<sup>6</sup> PCR CMV quantitatif	<sup>9</sup> Inclure le nom du virus recherché et la méthode spécifique

<input type="checkbox"/> <b>Sang EDTA</b>	<input type="checkbox"/> PCR CMV quantitatif QCMVG
	<input type="checkbox"/> PCR EVB quantitatif QEBVT
	<input type="checkbox"/> PCR Adénovirus quantitatif PADEG
	<input type="checkbox"/> PCR Herpès simplex 1 et 2 quantitatif QHSVg
	<input type="checkbox"/> PCR JC/BK quantitatif BKJCG
	<input type="checkbox"/> PCR VZV spécifique PCRVZ
	<input type="checkbox"/> PCR Parvovirus B19 PARVO
	<input type="checkbox"/> PCR autre: _____

<input type="checkbox"/> <b>Selles</b>	<input type="checkbox"/> Culture routine CSELL	<input type="checkbox"/> PCR autre: _____
	<input type="checkbox"/> Recherche Rotavirus et Adénovirus 40 - 41 A4041	

<input type="checkbox"/> <b>Urine</b>	<input type="checkbox"/> Culture routine VURI5	<input type="checkbox"/> PCR JC/BK quantitatif BKJCG
	<input type="checkbox"/> Recherche de CMV VCMV3 (PCR quantitatif et culture en tube)	<input type="checkbox"/> PCR autre: _____
	<input type="checkbox"/> Recherche Oreillons REOR1 (PCR et culture en tube)	
	<input type="checkbox"/> Recherche Rubéole RUB1 (PCR et culture sur lamelle)	
	<input type="checkbox"/> Culture autre : _____	

<input type="checkbox"/> <b>Autre échantillon :</b> _____	<input type="checkbox"/> <b>Culture :</b> _____	<input type="checkbox"/> <b>PCR :</b> _____
---	---	---