



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	

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"/> MIT
EBV-VCA (IF)	<input type="checkbox"/> EBV		Muscle lisse	<input type="checkbox"/> ML
EBV-EBNA (IF) <input type="checkbox"/> EBNA1			Cellules pariétales	<input type="checkbox"/> CP
EA (IF) <input type="checkbox"/> EA			ANCA	<input type="checkbox"/> ANCAG
HSV Type spécifique 1 et 2	<input type="checkbox"/> HSV		Pancréas	<input type="checkbox"/> PANCR
VZV	<input type="checkbox"/> VZG	<input type="checkbox"/> VZM	Anti-histone	<input type="checkbox"/> HISTO
Rougeole	<input type="checkbox"/> ROUG	<input type="checkbox"/> ROUM	Anti-DNA (auto-anticorps)	<input type="checkbox"/> NDNA
Oreillons	<input type="checkbox"/> ORG	<input type="checkbox"/> ORM	Anti-récepteur glutamate NMDA (N-méthyl-D-aspartate)	LCR <input type="checkbox"/> Sérum <input type="checkbox"/> NMDA2
Parvovirus	<input type="checkbox"/> PAIFG	<input type="checkbox"/> PAIFM		
Mycoplasma pneumoniae		<input type="checkbox"/> MYPM2		
Bartonella (Griffe de chat)	<input type="checkbox"/> GRIFH			

Analyse(s) envoyée(s) à l'extérieur

Anti-DNase (anti-streptocoque gr. A) <input type="checkbox"/> ADNAA	Dépistage ENA (incluant RNP, SM, SSA, SSB, SCL70, JO1, CENP-B) <input type="checkbox"/> DEENA
Fièvre Q <input type="checkbox"/> FIQFC	Peau (membrane basale) <input type="checkbox"/> MB
Maladie de Lyme * <input type="checkbox"/> LYME3	Peau (substance intercellulaire) <input type="checkbox"/> SUBSI
Tularémie * <input type="checkbox"/> AGGLT	Cortex surrénalien <input type="checkbox"/> CSURR
Brucella * <input type="checkbox"/> AGGLB	Ac GBM (membrane basale glomérulaire) <input type="checkbox"/> GBM3
Leptospira <input type="checkbox"/> LEPTO	Facteur rhumatoïdes (RF) <input type="checkbox"/> RFG
Dengue * <input type="checkbox"/> DENG	Anti-MPO et Anti-PR3 <input type="checkbox"/> MPOP2
Chikungunya * <input type="checkbox"/> CHIK	Anti-CCP <input type="checkbox"/> ACCP2
Virus Zika * <input type="checkbox"/> ZIKA2	Profil myosite <input type="checkbox"/> PMYOS
Virus groupe Californie ^{S*} <input type="checkbox"/> ARBO2	Profil sclérodermie <input type="checkbox"/> SCLER
Virus du NIL occidental <input type="checkbox"/> 1NIL	Profil hépatite autoimmune (incluant M2M3, 3EBPO, LKMMG, SLA, SP100, GP210, PML, LC-1, ROS2) <input type="checkbox"/> PHAIM
Arbovirus (EEE, Powassan, Cache Valley) ^{S*} <input type="checkbox"/> ARBOP	Anti-GAD 65 LCR <input type="checkbox"/> Sérum <input type="checkbox"/> GAD65
Sérologie autre spécifier: _____	Profil paraneoplasique (incluant anti: HU, RI, YO, CV2, PNMA2, Amphiphysine) LCR <input type="checkbox"/> Sérum <input type="checkbox"/> ANEUR
Sérologie-mycologie	Profil neurologique (incluant anti: GM1, GM2, GM3, GD1a, GD1b, GT1b, GQ1b) Sérum <input type="checkbox"/> MITOG
Galactomanane (antigène aspergillus) <input type="checkbox"/> GALA	Profil neuromyélie (incluant: Anti-NMO/Aqu4 et Anti-MOG) LCR <input type="checkbox"/> Sérum <input type="checkbox"/> NMO
Antigène Histoplasma Urine <input type="checkbox"/> Sérum <input type="checkbox"/> HISA	Profil encéphalite complémentaire (incluant: DPPX, VGKC, GABA, AMPA) LCR <input type="checkbox"/> Sérum <input type="checkbox"/> PENCO
Antigène Blastomyces Urine <input type="checkbox"/> Sérum <input type="checkbox"/> BLAA	Anti-pneumocoque 13 sérotypes (vaccinal) <input type="checkbox"/> PNEU
Sérologie-parasitologie	Haemophilus influenzae type B (vaccinal) <input type="checkbox"/> HINFB
Sérologie parasitaire spécifier: _____	Auto-anticorps autre, spécifiez: _____

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

^S Il est essentiel de prélever 2 sérums à 10 jours d'intervalle pour effectuer cette analyse.

Analyses du laboratoire de **SÉROLOGIE SPÉCIALISÉE**
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