



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

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

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

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

Unité de Soins/Clinique : \_\_\_\_\_

MD Requérant : \_\_\_\_\_ # Licence : \_\_\_\_\_

**Prélèvement fait: Date:** \_\_\_\_\_ **Heure** \_\_\_\_\_

**Prélevé par:** \_\_\_\_\_

Cocher obligatoirement la nature de l'échantillon et les analyses requises

- Donneur d'organe solide  
 Donneur de moëlle osseuse

Identification du patient

Nom, Prénom :

Sexe : F  M

# Dossier / # Ass. maladie :

Date de naissance :

ou

Plaquer carte

**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