



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 <input type="checkbox"/> Donneur d'organe solide <input type="checkbox"/> Donneur de moëlle osseuse	Identification du patient Nom, Prénom : _____ Sexe : F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> # Dossier / # Ass. maladie : _____ Date de naissance : _____ ou _____ 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"/> MIT
EBV-VCA (IF)		<input type="checkbox"/> EBV	Muscle lisse	<input type="checkbox"/> ML
EBV-EBNA (IF)	<input type="checkbox"/> EBNAI		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-methyl-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"/>	<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"/>	<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

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