



Analyses du LABORATOIRE CENTRAL

CHU Sainte-Justine

Le centre hospitalier
universitaire mère-enfant
Université de Montréal

Prise de rendez-vous pour prélèvement : 514 345-4650
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> <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>SANG: <input type="checkbox"/> Veineux <input type="checkbox"/> Artériel <input type="checkbox"/> Capillaire <input type="checkbox"/> Cordon omb. <input type="checkbox"/> LCR <input type="checkbox"/> Autre: _____</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 (préciser l'âge gestationnel) : _____ semaines

Biochimie générale (tube doré)	Gaz sanguins <small>seringue/capillaire sur glace</small>	Hématologie générale (tube lavande) <small>Renseignement clinique obligatoire</small>
<input type="checkbox"/> Ionogramme (Na, K, Cl) IONG	Température: _____ FIO2% _____	<input type="checkbox"/> F.S.C FSCG <input type="checkbox"/> Frottis FROTI
<input type="checkbox"/> Acide urique URIC	<input type="checkbox"/> Buccale <input type="checkbox"/> Oesophagienne	<input type="checkbox"/> GR (HB Ht) Leuco. Plaquette NG
<input type="checkbox"/> Albumine ALB	<input type="checkbox"/> Axillaire/Cutanée <input type="checkbox"/> Rectale	<input type="checkbox"/> Sédimentation SEDIM
<input type="checkbox"/> Anti-Streptolysine (ASO) ASO	<input type="checkbox"/> Gaz sanguins artériels** GAZA	<input type="checkbox"/> Réticulocytes RETIA
<input type="checkbox"/> ALT ALT	<input type="checkbox"/> Gaz sanguins capillaires** GAZC	<input type="checkbox"/> Dépistage d'HbS HBSD
<input type="checkbox"/> Bilirubine totale BILT	<input type="checkbox"/> Gaz sanguins veineux** GAZV	Biochimie spécialisée (tube lavande) <small>Renseignement clinique obligatoire</small>
<input type="checkbox"/> Bilirubine directe DBIL	** pH, PCO ₂ , PO ₂ et paramètres calculés	<input type="checkbox"/> Hb A _{1c} HBA1C
<input type="checkbox"/> Bilirubine néonatale BILTD	<input type="checkbox"/> Gaz sang de cordon <small>Artériel GAZS4 pH, PCO₂, PO₂ et paramètres calculés Bilirubine totale, acide lactique Veineux GAZS5</small>	<input type="checkbox"/> Électrophorèse des hémoglobines EQHB2
<input type="checkbox"/> Calcium ionisé calculé CAIC	<input type="checkbox"/> Acide lactique GLAC	Bilans à prescription restreinte (tube doré)
<input type="checkbox"/> Calcium total CA3	<input type="checkbox"/> Bilirubine totale GBILT	<input type="checkbox"/> Bilan complet (Nutrition parentérale) : BCNP
<input type="checkbox"/> Cholestérol total CHOL	<input type="checkbox"/> Glucose GGLU	<small>Restreint aux Gastroentérologues, Intensivistes et Pharmaciens du CHU Sainte-Justine.</small>
<input type="checkbox"/> CK CK	<input type="checkbox"/> Na, K, Cl, HCO ₃ NLYTE	<small>Albumine, ALT, GGT, phosphatase alcaline et bilirubine directe Ionogramme, calcium, phosphate et magnésium Cholestérol et triglycérides Créatinine, urée et glucose</small>
<input type="checkbox"/> Créatinine CREA	<input type="checkbox"/> Calcium ionisé mesuré GCAC.	<input type="checkbox"/> Bilan de suivi (Nutrition parentérale) : BSNP
<input type="checkbox"/> CRP CRP2	<input type="checkbox"/> Méthémoglobine METHG	<small>Restreint aux Gastroentérologues, Intensivistes et Pharmaciens du CHU Sainte-Justine.</small>
<input type="checkbox"/> C3 / C4 C3C4	<input type="checkbox"/> Carboxyhémoglobine COHBG	<small>Ionogramme, calcium, phosphate et magnésium Créatinine, urée et glucose</small>
<input type="checkbox"/> Ferritine FERR1	Endocrinologie (tube doré)	<input type="checkbox"/> Lyse tumorale: BLT
<input type="checkbox"/> Folate sérique FOL	<input type="checkbox"/> Cortisol CORTS	<small>Renseignement clinique obligatoire</small>
<input type="checkbox"/> GGT GGT	<input type="checkbox"/> DHEA-S DHAS1	<small>Restreint au CHU Sainte-Justine</small>
<input type="checkbox"/> Glucose * GLU3	<input type="checkbox"/> Estradiol ESTG	<small>LDH Ionogramme, calcium, phosphate et magnésium Cholestérol et triglycérides Créatinine et acide urique</small>
<input type="checkbox"/> Haptoglobine HAPT	<input type="checkbox"/> FSH FSHG	<input type="checkbox"/> Chimiothérapie: BCHIM
<input type="checkbox"/> HDL HDL	<input type="checkbox"/> β-hCG (quantitatif) HCGQ	<small>Restreint aux Hémato-oncologues du CHU Sainte-Justine</small>
<input type="checkbox"/> IgA IGAB	<input type="checkbox"/> Insuline INSU1	<small>ALT, AST, LDH et bilirubine totale Ionogramme, calcium, phosphate et magnésium Créatinine, urée</small>
<input type="checkbox"/> IgG IGGB	<input type="checkbox"/> LH LH	<input type="checkbox"/> GMO: BGMO
<input type="checkbox"/> IgM IGMB	<input type="checkbox"/> Progestérone PROG2	<small>Restreint aux Hémato-oncologues du CHU Sainte-Justine</small>
<input type="checkbox"/> LDH LDHSP	<input type="checkbox"/> Prolactine PROL1	<small>ALT, AST, GGT, LDH, albumine et bilirubine totale Ionogramme, calcium, phosphate et magnésium Créatinine, urée</small>
<input type="checkbox"/> LDL LDL1	<input type="checkbox"/> Testostérone TESST	
<input type="checkbox"/> Lipase LIP	<input type="checkbox"/> TSH TSH	
<input type="checkbox"/> Magnésium total MG	Tube vert (Héparine Lithium) sur glace	
<input type="checkbox"/> Osmolalité plasmatique OSM	<input type="checkbox"/> Ammoniac NH3	
<input type="checkbox"/> Phosphatase alcaline ALK	Tube gris (Fluorure de sodium)	
<input type="checkbox"/> Phosphate * PO4	<input type="checkbox"/> Acide lactique LAC	
<input type="checkbox"/> Préalbume PALB1	Tube vert (Héparine Lithium)	
<input type="checkbox"/> Protéines PROT	<input type="checkbox"/> NT-PRO-BNP NTPR1	
<input type="checkbox"/> Triglycérides * TRIG	AUTRES :	
<input type="checkbox"/> Troponine I haute sensibilité TROI2	ANALYSE(S) DEMANDÉE(S):	
<input type="checkbox"/> Urée BUN3	_____	
<input type="checkbox"/> Vitamine B12 VB12	_____	
		* À jeun: <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

NUMÉRO LABO



Analyses du **LABORATOIRE CENTRAL**

CHU Sainte-Justine
 Le centre hospitalier universitaire mère-enfant
 Université de Montréal
 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 : _____ Adresse : Numéro civique _____ Rue _____ Municipalité _____ Pays/Province _____ Code postal _____ Téléphone : _____ FAX : _____ MD requérant : _____ # Licence : _____ Prélèvement fait: Date: _____ Heure _____ Prélevé par: _____ Cocher obligatoirement la nature de l'échantillon et les analyses requises SANG : <input type="checkbox"/> Veineux <input type="checkbox"/> Artériel <input type="checkbox"/> Capillaire <input type="checkbox"/> Cordon omb. <input type="checkbox"/> LCR <input type="checkbox"/> Autre: _____	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 (préciser l'âge gestationnel) : _____ semaines

Liquide biologique	Microbiologie
<input type="checkbox"/> LCR - Etude biochimique LCR (Prot., Glu., Cl) LCR-B <input type="checkbox"/> LCR - Etude hématologique LCRH2 Type de liquide: _____ <input type="checkbox"/> Etude hématologique LBH2 <input type="checkbox"/> Recherche de sang LSANG <input type="checkbox"/> Na, K, Cl LION <input type="checkbox"/> Protéines LPROT	<input type="checkbox"/> Hépatite A, IgG (tube doré) HAIGG <input type="checkbox"/> Hépatite A, IgM (tube doré) HAIGM <input type="checkbox"/> Hépatite B, Ag (HBsAg) (tube doré) AGHBS <input type="checkbox"/> Hépatite B, anti-HBs (tube doré) HBSAC <input type="checkbox"/> Hépatite B, anti-HBc total (tube doré) COREG <input type="checkbox"/> Hépatite B, Ag (HBeAg) (tube doré) HBEAG <input type="checkbox"/> Hépatite B, anti-HBe (tube doré) ANTIE <input type="checkbox"/> Hépatite C, anti-VHC (tube doré) HCVAC <input type="checkbox"/> Hépatite D, anti-VHD (tube doré) DELTA
Urine biochimie *Urine 24 hres <input type="checkbox"/> **Miction <input type="checkbox"/> * La certification du contenant par le laboratoire est obligatoire Cathétérisme <input type="checkbox"/> Ponction vésicale <input type="checkbox"/> Mi-jet <input type="checkbox"/> Sac <input type="checkbox"/> Sonde <input type="checkbox"/>	Restreint aux Gastroentérologues, Infectiologues et Obstétriciens du CHU Sainte-Justine <input type="checkbox"/> Hépatite B, HBV-DNA (tube lavande/test) HBVDN <input type="checkbox"/> Hépatite C, PCR qualitatif (t.doré/test) HCPCR <input type="checkbox"/> Hépatite C, charge virale (t.doré/test) HPCCH <input type="checkbox"/> VIH sérologie routine (tube doré) HIV <input type="checkbox"/> VIH-charge virale (tube lavande/test) VIHCV Échantillon # _____ (tube lavande/test) <input type="checkbox"/> Patient traité <input type="checkbox"/> Patient non-traité <input type="checkbox"/> Génotypage du VIH GVIH <input type="checkbox"/> HLA-B 5701 HLAB5 <input type="checkbox"/> HTLV 1, 2 sérologie (tube doré/test) HTL12
<input type="checkbox"/> Urine: Analyse de routine UROUS <input type="checkbox"/> Densité (réfractométrie) UDEFN <input type="checkbox"/> Osmolalité urinaire UOSM <input type="checkbox"/> Rapport Ca / Créatinine** RCCMT <input type="checkbox"/> Rapport Prot / Créatinine** RPTCR <input type="checkbox"/> Protéines urinaires <input type="checkbox"/> Collecte 24 heures UPTUR <input type="checkbox"/> Variable : _____ heures UPTUC <input type="checkbox"/> hCG qualitatif urinaire UHCG <input type="checkbox"/> Na, K, Cl, Créatinine urinaires UELEK <input type="checkbox"/> Clairance créatinine avec créatinine sérique (tube doré) CLCRE Poids: _____ Taille: _____ <input type="checkbox"/> Microalbumine MALB1 <input type="checkbox"/> Bilan Lithiase* BLITH Inclus Créatinine, Oxalate, Citrate, Calcium, Acide urique, Sodium, Phosphore, Magnésium, pH.	<input type="checkbox"/> Toxoplasmose IgG (tube doré) TOXOG <input type="checkbox"/> Toxoplasmose IgM (tube doré) TOXM <input type="checkbox"/> Toxoplasmose-PCR (tube lavande/test) T.GPC Source et justification exigées: _____ <input type="checkbox"/> Rubéole IgG RUBG <input type="checkbox"/> Rubéole IgM RUBM <input type="checkbox"/> CMV IgG CMVG <input type="checkbox"/> CMV IgM CMVM <input type="checkbox"/> CMV IgG Avidité CMVA <input type="checkbox"/> EBV VCA IgG (EIA) EVCAG <input type="checkbox"/> EBV VCA IgM (EIA) VCAM2 <input type="checkbox"/> EBV-EBNA (EIA) EENAG <input type="checkbox"/> Syphilis (EIA) SYPH4 <input type="checkbox"/> Aspergillus IgG GASPE

AUTRES :
 ANALYSE(S) DEMANDÉE(S): _____

* Urine 24 heures
 ** Miction urinaire