



CHU Sainte-Justine
 Le centre hospitalier
 universitaire mère-enfant



HSJ-0388

Université
 de Montréal

Identification du patient

Nom, Prénom

Sexe : F M

Dossier / # Ass. maladie :

Date de naissance :

ou

Plaquer carte

Analyses de biologie délocalisées ADBD

Origine de l'ordonnance médicale

Unité de Soins/Clinique : _____ MD Requérant : _____ # Licence : _____

Renseignements cliniques ou Dx: _____

Prélèvement demandé: Date: _____ Heure _____ die bid tid qid PRN (au besoin),
 Ordonnance verbale: O.V O.T spécifier: _____

Suivi de protocole # ou nom: _____

Ordonnance collective #: _____ Auto-test (fait par le patient), spécifier la fréquence: _____

Cocher obligatoirement la nature de l'échantillon et l'appareil ou la technique utilisée

Prélèvement fait: Date: _____ Heure _____ Prélevé par: _____

Veineux Artériel Capillaire Urine (spécifier la source: _____) Autre : _____

Demande d'analyse sur appareil ADBD avec **rapport informatisé ***

ABL 835 pH scalp (sang total)* **ABL 90 (sang total)*** **Glu StatStrip (sang total)*** **Glu Ket StatStrip (sang total)***

Demande d'analyse sur appareil ADBD **sans rapport informatisé** (rapport manuscrit) ******

Multistix 10 SG (urine)* *

Leucocytes: Négatif Trace Faible Moyen Fort

Nitrite: Négatif Positif

Urobilinogène: 3,2 16 33 66 131
 µmol/L

Protéines: Négatif Trace 0,3 1,0 3,0 ≥20,0
 g/L

pH: 5,0 6,0 6,5 7,0 7,5 8,0 8,5

Sang: Négatif Trace Moyen Trace/ + Faible ++ Moyen +++ Fort
Hémolysé

Densité: 1,000 1,005 1,010 1,015 1,020 1,025 1,030

Cétone: Négatif 0,5 1,5 4 8 16
 mmol/L

Bilirubine: Négatif Faible Moyen Fort
 µmol/L

Glucose: Négatif 5,5 14 28 55 ≥111
 mmol/L

β-hCG (urine) * *

Négatif (<20 mUI/ml)

Positif (>20 mUI/ml)

Réfractomètre optique (urine) * *

Densité: 1,0 _____

Bili Check (cutané) * *

Bilirubine totale: _____ µmol/L

Hemochron Junior (sang total) ACT +: _____ sec. * *

Hemochron (sang total) ACT P214: _____ sec. * *

HemoCue Hb 201 DM (sang total) * *

Hémoglobine totale: _____ g/L

Valeurs de référence: 80 à 140 g/L

Résultat critique communiqué pour (nom de l'analyse): _____

À: _____ Par: _____ Date: _____ Heure: _____

Analyse effectuée par: _____ Date: _____ Heure: _____

Analyses de biologie délocalisée **ABDB**



CHU Sainte-Justine

Le centre hospitalier universitaire mère-enfant

Université de Montréal



HSJ-0388

Identification du patient

Nom, Prénom

Sexe : F M

Dossier / # Ass. maladie :

Date de naissance :

ou

Plaquer carte

Analyses de biologie délocalisée **ABDB**

| Date: 20 / / | Heure | | | | | | | | | | | |
|--|-------|----|----|-------------------|----|----|--|-------------------|--|--|--|-------------------------|
| | 00 | 04 | 08 | 12 | 16 | 20 | | | | | | |
| TESTS | | | | | | | | | | | | |
| Densité urinaire | | | | | | | | | | | | |
| Leuco. / pH | | | | | | | | | | | | |
| Prot. / Gluc. | | | | | | | | | | | | |
| Céto. / Sang | | | | | | | | | | | | |
| Autre test | | | | | | | | | | | | |
| Autre test | | | | | | | | | | | | |
| INITIALES | | | | | | | | | | | | |
| Résultat critique communiqué pour (nom de l'analyse): | | | | | | | | | | | | |
| à: _____ par: _____ | | | | | | | | | | | | Date: _____ Heure _____ |
| Résultat critique communiqué pour (nom de l'analyse): | | | | | | | | | | | | |
| à: _____ par: _____ | | | | | | | | | | | | Date: _____ Heure _____ |
| Résultat critique communiqué pour (nom de l'analyse): | | | | | | | | | | | | |
| à: _____ par: _____ | | | | | | | | | | | | Date: _____ Heure _____ |
| SIGNATURES | | | | SIGNATURES | | | | SIGNATURES | | | | INIT. |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |