



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

Unité de Soins/Clinique: Identification du patient
MD Requérant: # Licence:
Prélèvement fait: Date: Heure
Prélevé par:
Sexe: F M
Dossier / # Ass. maladie:
Date de naissance:
ou
Plaquer carte

Renseignement clinique: _____

Grossesse (préciser l'âge gestationnel): _____ semaines

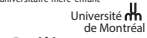
Table with 4 main columns: Biochimie générale (tube doré), Gaz sanguins (seringue/capillaire sur glace), Hématologie générale (tube lavande), and Biochimie spécialisée (tube lavande). Each column contains various tests and their corresponding codes.

NUMÉRO LABO



CHU Sainte-Justine

Le centre hospitalier universitaire mère-enfant



Prise de rendez-vous pour prélèvement : 514 345-4650
3175, Côte Sainte-Catherine, Montréal, QC, H3T 1C5, 514-345-4642

Analyses du **LABORATOIRE CENTRAL**

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 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 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"/> 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
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"/> <input type="checkbox"/> Urine: Analyse de routine UROU5 <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.	
AUTRES :	
ANALYSE(S) DEMANDÉE(S): _____	* Urine 24 heures ** Miction urinaire