

Analyses de laboratoire **BIOCHIMIE SPÉCIALISÉE**

Prise de rendez-vous pour prélèvement : 514 345-4650
3175, Côte Sainte-Catherine, Montréal, QC, H3T 1C5, 514 345-4931

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 OMBILICAL <input type="checkbox"/> URINE <input type="checkbox"/> SELLES <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) : _____

Endocrinologie (tube doré)	Pharmacologie *** (acheminer rapidement)	Dosages Antimicrobiens
<input type="checkbox"/> 17-hydroxyprogestérone 17PRO <input type="checkbox"/> AMH AMH <input type="checkbox"/> Androstènedione ANDR1 <input type="checkbox"/> IGF-1 (Somatomédine C)* EIGF1 <input type="checkbox"/> PTH intacte (sur glace)* PTH <input type="checkbox"/> Thyroglobuline THYRG	<input type="checkbox"/> Acétaminophène (Rouge) ACETA <input type="checkbox"/> Acide mycophénolique + métabolites (Lavande) AMPA <input type="checkbox"/> Amiodarone/Desethylamiodarone (Lavande) AMIOD <input type="checkbox"/> Acide valproïque (Rouge) AVA <input type="checkbox"/> Busulfan (Vert sodium) BUSU2 <input type="checkbox"/> Caféine (Rouge) CAF <input type="checkbox"/> Carbamazépine (Rouge) CARBA <input type="checkbox"/> Cyclosporine (Lavande) CSA <input type="checkbox"/> Digoxine (Rouge) DIGOX <input type="checkbox"/> Everolimus (Lavande) EVERO <input type="checkbox"/> Flecainide (Lavande) FLEC <input type="checkbox"/> Lévétiracétam (Lavande) LEVE <input type="checkbox"/> Lithium (Doré) LI <input type="checkbox"/> Méthotrexate (abri de la lumière) (Lavande) MTX <input type="checkbox"/> Milrinone (appeler au 5645 avant) MILRI <input type="checkbox"/> Nitisinone (Lavande) NTBC <input type="checkbox"/> Pentobarbital (appeler au 5645 avant) PENTO <input type="checkbox"/> Phénytoïne (Rouge) PHNYT <input type="checkbox"/> Phénobarbital (Rouge) PHENO <input type="checkbox"/> Salicylates (Rouge) SALIC <input type="checkbox"/> Sirolimus (Lavande) SIROL <input type="checkbox"/> Tacrolimus (Lavande) FK506 <input type="checkbox"/> Thiocyanate (Rouge) THIO <input type="checkbox"/> 6-Mercaptopurine/Azathioprine (Lavande) TPURI	<input type="checkbox"/> Pré <input type="checkbox"/> Post <input type="checkbox"/> **Post sur demande <input type="checkbox"/> Autre (dose unique) <input type="checkbox"/> Amikacine (Vert) AMIKA <input type="checkbox"/> Ganciclovir/Valganciclovir (Lavande) GANC <input type="checkbox"/> Gentamicine (Vert) GENTA <input type="checkbox"/> Itraconazole / Hydroxyitraconazole (Lavande) GITRA <input type="checkbox"/> Linezolid (Lavande) LINES <input type="checkbox"/> Posaconazole (Lavande) POSAC <input type="checkbox"/> Ribavirin (Lavande) RIBAV <input type="checkbox"/> Tobramycine (Vert) TOBRA <input type="checkbox"/> Tobramycine** pour FK (Vert) TOBR3 <input type="checkbox"/> Vancomycine** (Vert) VANCO <input type="checkbox"/> Voriconazole (Lavande) VORIG
Gastro-entérologie (tube doré)		Génotypage Phénotypage
<input type="checkbox"/> Anti-Transglutaminase ATG1 Diète: Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui, spécifiez date de début: _____ année-mois-jour		TPMT <input type="checkbox"/> N/A Pour l'instant <input type="checkbox"/> _____ _____
Immunologie		Toxicologie
<input type="checkbox"/> Activation du complément (Rouge) C100T <input type="checkbox"/> Anti-Thyroperoxydase (TPO) (Doré) ACM <input type="checkbox"/> Anti-Thyroglobuline (Doré) ACT <input type="checkbox"/> Cryoglobulines * ¹ (Rouge) CRYG <input type="checkbox"/> Cryofibrinogène * ¹ (Lavande) CRYF		<input type="checkbox"/> Drogues de rue - Urine seulement DGRU3 Amphétamines, barbiturique, benzodiazépines, cannabinoïdes, cocaïne (métabolite), opiacés, PCP <input type="checkbox"/> Alcools - sang (tube lavande ou rouge sec) ALCO1 Le dépistage des alcools inclus: acétone, éthylène glycol, éthanol, isopropanol et méthanol <input type="checkbox"/> Dépistage toxicologique DTOX1
Vitamines (tube rouge)		
<input type="checkbox"/> Vitamine A* VITA1 <input type="checkbox"/> Vitamine D 25-OH VD25M <input type="checkbox"/> Vitamine E* VITE2		
Autres (tube lavande)		
<input type="checkbox"/> Homocystéine (sur glace) HCYST <input type="checkbox"/> G-6-PD G6PDG		
Sur rendez-vous		
<input type="checkbox"/> Tolérance au glucose * HG75A <input type="checkbox"/> Épreuve de sudation CLSUE		
AUTRE ANALYSE DEMANDÉE: _____ _____ _____	Médicament: _____ Dose: _____ Heures de prise : _____ h _____ min _____ Médicament: _____ Dose: _____ Heures de prise : _____ h _____ min	Justification clinique (obligatoire) : _____ _____ - Délai de réponse du laboratoire > 3h - Priorités: CAPQ (Tél.: 1-800-463-5060), CHU Ste-Justine et la clientèle externe selon le contexte clinique. Spécifier le milieu biologique <input type="checkbox"/> Urine <input type="checkbox"/> Sérum/plasma (tube lavande ou rouge sec) <input type="checkbox"/> Autre: _____ <input type="checkbox"/> Rx suspecté: _____ <input type="checkbox"/> Rx administré: _____

*** Autres tubes acceptés voir le site web (<http://www.chu-sainte-justine.org/labotest/>) * À jeun

NUMÉRO LABO



Université
de Montréal

Prise de rendez-vous pour prélèvement : 514 345-4650
3175, Côte Sainte-Catherine, Montréal, QC, H3T 1C5, 514-345-4931 poste 5636

Analyses de laboratoire Biochimie spécialisée

Prélèvement demandé: Date _____ Heure _____ ou Heure de tournée: 7h 11h 14h 17h 20h 00h

Centre hospitalier : _____	Identification du patient
Adresse : Numéro civique _____ Rue _____ Municipalité _____ Pays/Province _____ Code postal _____	Nom, Prénom :
Téléphone : _____ FAX : _____	Sexe : F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
MD requérant : _____ # Licence : _____	# Dossier / # Ass. maladie :
Prélèvement fait: Date: _____ Heure _____	Date de naissance : _____
Prélevé par: _____	ou _____
Cocher obligatoirement la nature de l'échantillon et les analyses requises	Plaquer carte
SANG : <input type="checkbox"/> VEINEUX <input type="checkbox"/> ARTÉRIEL <input type="checkbox"/> CAPILLAIRE <input type="checkbox"/> CORDON OMBILICAL <input type="checkbox"/> URINE <input type="checkbox"/> SELLES <input type="checkbox"/> AUTRE : _____	

Renseignement clinique: _____

Allergènes (tube doré)

IgE totaux IGE1

Principaux allergènes alimentaires (profil pédiatrique)

- Arachides F13S
 Blanc d'oeuf F1S
 Blé F4S
 Fève soja F14S
 Lait de vache F2S
 Morue F3S

Principaux allergènes environnementaux

- Chat (squames) E1
 Chien (squames) E5
 Dermatophagoides farinae D2
 Dermatophagoides pteronyssinus D1

Autres : spécifier les allergènes requis :

