



CHU Sainte-Justine
Le centre hospitalier
universitaire mère-enfant



Université de Montréal

3175, Côte Sainte-Catherine, Montréal, QC, H3T 1C5, 514-345-4642

Recto/Verso

F-1709 # INV: 3991967 (REV. 2018-03)

ATTENTION : Zone grise obligatoire

Analyses du laboratoire de SÉROLOGIE SPÉCIALISÉE

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	Maladie aiguë IgM	Auto-Anticorps	
Diptérie	<input type="checkbox"/> DIPAC		Ac. antinucléaires (ANA)	<input type="checkbox"/> ANA
Tétanos	<input type="checkbox"/> TETAC		Mitochondries	<input type="checkbox"/> MT
Poliovirus <input type="checkbox"/> NTPOL			Muscle lisse	<input type="checkbox"/> ML
EBV-VCA (IF)	<input type="checkbox"/> EBV		Cellules pariétales	<input type="checkbox"/> CP
EBV-EBNA (IF) <input type="checkbox"/> EBNAI			ANCA	<input type="checkbox"/> ANCAG
EA (IF) <input type="checkbox"/> EA			Pancréas	<input type="checkbox"/> PANCR
HSV	<input type="checkbox"/> HSVG		Anti-histone	<input type="checkbox"/> HISTO
VZV	<input type="checkbox"/> VZG	<input type="checkbox"/> VZM	Anti-DNA (auto-anticorps)	NDNA
Rougeole	<input type="checkbox"/> ROUG	<input type="checkbox"/> ROUM	Anti-récepteur glutamate NMDA	LCR Sérum NMDA
Oreillons	<input type="checkbox"/> ORG	<input type="checkbox"/> ORM		
Parvovirus	<input type="checkbox"/> PAIFG	<input type="checkbox"/> PAIFM		
Mycoplasma pneumoniae		<input type="checkbox"/> MYPM2		
Bartonella (Griffe de chat)	<input type="checkbox"/> GRIFH			
Mono test <input type="checkbox"/> MONO				

Analyse(s) envoyée(s) à l'extérieur

Anti-DNase (anti-streptocoque gr. A) <input type="checkbox"/> ADNAA	Dépistage ENA <input type="checkbox"/> DEENA (incluant RNP, SM, SSA, SSB, SCL70, JO1, CENP-B)
Fièvre Q <input type="checkbox"/> FIQFC	Peau (membrane basale) <input type="checkbox"/> MB
Maladie de Lyme * <input type="checkbox"/> LYMEG	Peau (substance intercellulaire) <input type="checkbox"/> SI
Tularémie * <input type="checkbox"/> AGGLT	Cortex surrénalien <input type="checkbox"/> CSURR
Brucella * <input type="checkbox"/> AGGLB	Ac GBM (membrane basale glomérulaire) <input type="checkbox"/> GBM2
Dengue * <input type="checkbox"/> DENG	Facteur rhumatoïdes (RF) <input type="checkbox"/> RFG
Leptospira <input type="checkbox"/> LEPTO	Anti-LKM <input type="checkbox"/> LKM
Chikungunya * <input type="checkbox"/> CHIK	Anti-NMO (Devic's Disease) <input type="checkbox"/> NMOIG
Virus du Nil occidental * <input type="checkbox"/> 1NIL	Anti-GAD 65 LCR <input type="checkbox"/> Sérum <input type="checkbox"/> AGAD
Virus Zika * <input type="checkbox"/> ZIKA	Anti-AMPA LCR <input type="checkbox"/> Sérum <input type="checkbox"/> ACAMP
Encéphalite spécifier: *	Anti-VGKC LCR <input type="checkbox"/> Sérum <input type="checkbox"/> AVGKC
Sérologie-mycologie	Profil paraneoplasique LCR <input type="checkbox"/> Sérum <input type="checkbox"/> ANEUR (incluant anti: HU-RI-YO-CV2-PNMA2-Amphiphysine)
Galactomanane (antigène aspergillus) <input type="checkbox"/> GALA	Profil neurologique LCR <input type="checkbox"/> Sérum <input type="checkbox"/> MITOG (incluant anti: GM1, GM2, GM3, GD1a, GD1b, GT1b, GQ1b)
Antigène Histoplasma Urine <input type="checkbox"/> Sérum <input type="checkbox"/> HISA	Anti-GABA LCR <input type="checkbox"/> Sérum <input type="checkbox"/> GABA
Antigène Blastomyces Urine <input type="checkbox"/> Sérum <input type="checkbox"/> BLAA	Anti-DPPX LCR <input type="checkbox"/> Sérum <input type="checkbox"/> DPPX
Sérologie-parasitologie	Auto-anticorps autre, spécifiez: _____
Sérologie parasitaire spécifier: _____	

* Analyse(s) nécessitant des informations cliniques obligatoires (voir verso)

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

- Donneur d'organe solide
 Donneur de moëlle osseuse

Identification du patient

Nom, Prénom :

Sexe : F M

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