

SIL-P en bref

Système d'information de laboratoire provincial



CISSS de Chaudière-Appalaches

Offre de formation : Utilisation de SoftWebPlus pour la création de requêtes de laboratoire

OBJECTIF

Acquérir les compétences requises à l'utilisation de l'application SoftWebPlus permettant la création de requêtes dans le SIL-P pour des analyses de laboratoire.

PERSONNEL VISÉ

Tout le personnel faisant la saisie de requêtes de laboratoire (utilisateurs actuels de MédiClinic et de SoftLab).

MODALITÉS

- Formation en ligne sur l'environnement numérique d'apprentissage (plateforme ENA)
- **Le pas-à-pas pour se connecter et réaliser la formation ENA se trouve ici: [Formation ENA](#)**
- ID de la formation : 10737
- Effectuer le parcours B : Introduction, saisie, prélèvement et consultation »
- Durée : 60 minutes

PÉRIODES

Super-utilisateurs

23 juin 2026 jusqu'au début de septembre 2026

Tous les utilisateurs

De la mi-août 2026 jusqu'à la mi-octobre 2026

CONSOLIDATION DES ACQUIS

Une fois la formation complétée, renforcez vos apprentissages à votre rythme grâce aux exercices pratiques dirigés et aux documents complémentaires disponibles dans l'extranet.

RÉMUNÉRATION

Sur votre feuille de temps, inscrivez le bon code de paie selon votre cas pour la période de formation.

Durée	Code de paie
Fait durant le temps de travail (remplacé)	FoORG
Fait sur le temps de travail (non remplacé) Gestionnaires et les sages-femmes	FoDIR
Fait à l'extérieur du temps de travail	FOX1

POUR INFORMATION

Utilisation de SoftWebPlus : projet.silp.cisssca@ssss.gouv.qc.ca

Logistique de la formation ENA : julienjacques@ssss.gouv.qc.ca

Les outils sont disponibles sur la page SIL-P : [SIL-P - Extranet - CISSSCA](#)

Centre intégré
de santé et de services
sociaux de Chaudière-
Appalaches

Québec

1. FORMATION ENA SOFTWAREPLUS

Voici le pas-à-pas pour accéder à la formation pour le personnel du CISSS de Chaudière-Appalaches (page 1)

Des gens de cœur **unis** pour votre mieux-être

FORMATION EN LIGNE

SIL-P – Utiliser SoftWebPlus



Nous vous conseillons d'utiliser le navigateur Chrome , c'est ce qui va le mieux avec l'ENA. Site Internet pour accéder à l'Environnement numérique d'apprentissage (ENA) : fcp.rtss.qc.ca

1. Sélectionnez CISSS de Chaudière-Appalaches comme nom de l'établissement;
2. Si votre direction est migrée vers le 12REG, votre nom d'utilisateur (code Windows) et votre mot de passe sont les mêmes que pour ouvrir votre session Windows. Sinon, ils vous ont été envoyés via « Mon Dossier » en janvier 2021. Vous devrez faire une demande Octopus si vous ne les avez pas notés à ce moment;
3. Cochez la case « Mémoriser mes infos » et cliquez ensuite sur « Connexion ».

4. Si c'est votre première connexion, vous devrez inscrire votre adresse courriel. Un message sera envoyé à cette adresse. Il contiendra un lien qui vous ramènera à l'ENA. Ce processus servira à valider votre inscription.
5. Une fois connecté, dans le « Tableau de bord », inscrire le numéro d'identification de la formation « **10737** » dans le moteur de recherche et cliquez **SIL provincial – utiliser SoftWebPlus pour la saisie de requêtes, l'enregistrement de prélèvements et la consultation de résultats** :

6. Vous arriverez sur la fiche descriptive que nous vous invitons à la lire. Au bas de la page, sélectionnez « Avec l'autorisation de votre employeur » et cliquez sur « Enregistrer les changements » pour compléter votre inscription.

Québec 

Centre intégré de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches

Québec 

1. FORMATION ENA SOFTWAREPLUS

Voici le pas-à-pas pour accéder à la formation pour le personnel du CISSS de Chaudière-Appalaches (page 2)

Formation en ligne

Il est important de choisir le **parcours de formation B** : « **Introduction, saisie, prélèvement et consultation** ». Pour ce faire, cliquez sur « Marquer/Cocher comme terminé », et vous arriverez sur la page du parcours B.

B- Introduction, saisie, prélèvement et consultation (≈ 1 h)

Marquer/Cocher comme terminé

Non disponible (caché) à moins que :

- L'activité D- Introduction et saisie (≈ 30 min) ne soit pas achevée
- L'activité E- Introduction et prélèvement (≈ 30 min) ne soit pas achevée
- L'activité A- Introduction, saisie et prélèvement (≈ 4... ne soit pas achevée
- ...

Afficher plus

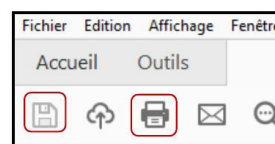
Le parcours B est composé de 4 modules de formations, suivis chacun d'une évaluation :

- Introduction à l'application (15 min) ;
- Saisie des requêtes d'analyse (15 min) ;
- Enregistrement des informations liées au prélèvement (15 min) ;
- Consultation des résultats (15 min).

Rémunération de votre formation

	Durée	Code de paie
Fait durant le temps de travail, en étant remplacé	60 minutes	FoORG
Fait à l'extérieur du temps de travail	60 minutes	FOX1
Fait durant le temps de travail, sans être remplacé	60 minutes	FoDIR

- Pour être rémunéré, vous devez remettre votre attestation à votre gestionnaire ;
- Si vous voulez votre attestation, cliquez sur « **Télécharger le certificat** » et lorsque le fichier PDF sera ouvert sélectionner l'imprimante ou la disquette pour créer/enregistrer le fichier.



Codes d'accès

Dès que vous obtenez votre code d'accès, il est possible de se connecter sur l'environnement « SoftWebPlus – PREP » afin de vous pratiquer et d'intégrer les apprentissages. Quelques jours avant la mise en production, vous recevrez votre identifiant pour vous connecter dans l'environnement « SoftWebPlus –PROD ».

Centre intégré
de santé et de services
sociaux de Chaudière-
Appalaches

Québec



Centre intégré
de santé et de services
sociaux de Chaudière-
Appalaches

Québec

2. OCTROI DES CODES D'ACCÈS SOFTWEBPLUS

POUR LES SUPER-UTILISATEURS

Formation prévue entre le 23 juin et début septembre 2026

Une liste des codes d'accès pour la plateforme SoftWebPlus sera communiquée via le canal Teams des super-utilisateurs et par courriel le 23 juin. Chaque super-utilisateur sera responsable d'aller chercher son code dans la liste afin de faire sa première connexion **une fois la formation complétée**.

POUR LES UTILISATEURS

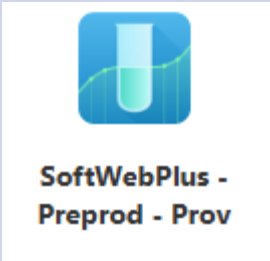
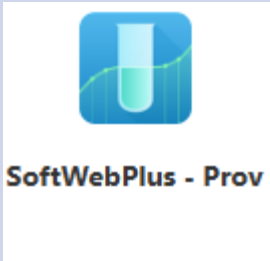
Formation prévue entre la mi-août et la mi-octobre 2026

Le code d'accès sera attribué à chacun des utilisateurs uniquement une fois que la formation sera complétée. Il faudra compter un délai de quelques jours pour recevoir le code d'accès. Les détails concernant la transmission des codes pour les utilisateurs seront précisés sur la page Extranet SIL-P.

CONNEXION À SOWFTWEBPUS (SWP) :

- Mot de passe pour la première connexion à SWP : **Nouveau01** ;
- **Le jour de la mise en production, soit le 27 octobre 2026, le mot de passe sera réinitialisé à Nouveau01.**

*NOTE : Pendant la période de formation, utilisez les versions « Preprod » pour vous familiariser avec les plateformes. À partir de la mise en production du SIL-P, le 27 octobre 2026, utilisez les versions de production, c'est-à-dire celles qui ne portent pas la mention « Preprod » (voir le tableau ci-dessous).

Avant le 27 octobre 2026 (période de formation)	À partir du 27 octobre 2026 (mise en production)
 <p>SoftWebPlus - Preprod - Prov</p>	 <p>SoftWebPlus - Prov</p>

3. EXERCICES PRATIQUES SOFTWEBPLUS

Suite à la formation ENA et à la réception de votre code d'accès SoftWebPlus (SWP), vous êtes invités à saisir ces différentes requêtes à titre d'exercices pratiques. Veuillez effectuer seulement les exercices pratiques qui correspondent à votre situation :

Utilisateurs SoftWebPlus	Exercices pratiques
En centre hospitalier	Section 3.1
Hors centre hospitalier	Section 3.2

Dans le cadre de la réalisation de ces exercices pratiques, vous serez amenés à utiliser l'environnement SoftWebPlus.

Veuillez prendre note que la plateforme SWP est actuellement en cours d'optimisation et qu'elle continuera d'évoluer pendant toute la période de formation (du 23 juin jusqu'à la mise en production prévue le 27 octobre).

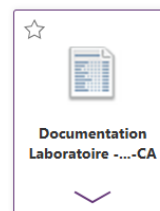
Concrètement, cela signifie que certains éléments de l'interface sont susceptibles d'être modifiés dans le temps :

- Les onglets d'aide à la saisie;
- Les bilans disponibles;
- La liste des analyses à encoder dans la barre de recherche (ajouts ou retraits).

Il s'agit d'une situation normale et attendue, qui reflète la progression du paramétrage du système. Ces changements n'ont aucune incidence sur la réalisation des présents exercices et l'atteinte des objectifs de formation.

OUTILS

- Le répertoire des analyses (documentation de laboratoire) est votre outil de prédilection. Il devrait toujours être utilisé en priorité lors de la saisie de requête. Vous y trouverez les codes test SIL-P pour les différentes analyses.
 - Vous pouvez accéder à la documentation de laboratoire via Citrix
 - Lien web au besoin : [Répertoire des analyses CISSSCA](#)
- Visitez l'extranet pour des documents complémentaires (procédures, aide-mémoires et guides pour l'utilisation de SoftWebPlus) qui vous aideront à compléter les exercices pratiques.



SOUTIEN

Besoin d'aide ? Les ressources suivantes sont disponibles :

- **Super-utilisateurs** → Premier niveau de soutien au sein de votre secteur
- **Trajectoire de soutien** → Consultez la section [Soutien et foire aux questions](#) de l'extranet
- **Équipe projet SIL-P** → projet.silp.ciissca@ssss.gouv.qc.ca

3. EXERCICES PRATIQUES SOFTWAREPLUS

3.1 UTILISATEURS SOFTWAREPLUS EN CENTRE HOSPITALIER

Mise en contexte :

- Vous êtes en charge de créer des requêtes de laboratoire pour vos patients sur votre unité de soins. Vous avez 3 contextes différents, voici les informations pour chacun.
- Afin de maximiser les exercices pratiques, nous vous invitons à créer une requête, imprimer les étiquettes puis faire le scan de prélèvement pour chaque situation.



SoftWebPlus -
Preprod - Prov

Requête	Prescripteur	Clinique du prescripteur	Usager (nom, prénom) + DDN	Analyses demandées	Information utile
1	# pratique: 14842 TEST TEST MED	Votre unité de soins	Test, Formation 2000-01-01	FSC, urée, créatinine sérique, électrolytes, glucose, éthanol, drogues de rue, GAZ veineux	Priorité : STAT
2	# pratique: 14842 TEST TEST MED (Médecin en C.C. TESTMD- TEST, DOCTEUR)	Votre unité de soins	Test, Formation 2000-01-01	LCR (protéines totales, glucose, culture)	Priorité : Urgent Aucun antibiotique
3	# pratique: 14842 TEST TEST MED	Votre unité de soins	Test, Formation 2000-01-01	SARM (narine droite et gauche), culture d'urine, dosage Amikacine creux	Priorité : Routine Date dernière dose d'Amikacine: La veille Heure dernière dose: 8 h

3. EXERCICES PRATIQUES SOFTWAREPLUS

3.2 UTILISATEURS SOFTWAREPLUS HORS CENTRE HOSPITALIER

Mise en contexte :

- Vous êtes dans le centre de prélèvement où vous travaillez actuellement. Vous avez 4 usagers différents qui se présentent pour des prélèvements, voici les informations pour chacun.



SoftWebPlus -
Preprod - Prov

Usager	Contexte *
Usager A	Une dame avec infection urinaire sous traitement de ciprofloxacine.
Usager B	Jeune homme avec dépistage d'ITSS qui se présente avec 2 prescriptions qu'il aimerait faire en même temps (ordonnance fusionnée).
Usager C	Une patiente avec un bilan de grossesse premier trimestre.
Usager D	Le patient a fait son prélèvement le matin même à 6 h du matin. Il vous remet son prélèvement doublement identifié.

* Toutes les prescriptions se retrouvent aux pages suivantes

Les exercices pratiques vous permettent d'effectuer les différentes étapes du processus. En tenant compte de vos fonctions dans votre installation, veuillez :

- Saisir les requêtes et imprimer les étiquettes;
- Informatiser les actes de prélèvements;
- Procéder à la mise en glacière (création du manifeste d'envoi) pour tous les spécimens;
- Annulation de tests.

Voici quelques exemples de cas de figure :

Fonction associée à	Saisie de requête	Impression étiquette	Informatiser les actes de prélèvements	Mise en glacière	Annulation de tests
Agent(e)	X	X			Optionnel
Préleveur	X	X	X	X	Optionnel
Super-utilisateur	X	X	X	X	X

Information supplémentaire pour pratiquer les annulations de test :

- Pour l'usager A, la dame remet à plus tard son prélèvement de RSOSI. Vous devez donc annuler le spécimen à la requête.

3. EXERCICES PRATIQUES SOFTWAREPLUS

3.2 UTILISATEURS SOFTWAREPLUS HORS CENTRE HOSPITALIER

Prescription usager A

QUÊTE RÉGIONALE POUR TESTS DE LABORATOIRE


VERSION MAI 2026

sociaux de Chaudière-Appalaches

Québec

RENSEIGNEMENTS SUPPLÉMENTAIRES AU VERSO : Les lettres situées à droite correspondent à une consigne que vous devez respecter.

* CHAMPS OBLIGATOIRES : TOUT FORMULAIRE NON CORRECTEMENT IDENTIFIÉ OU ILLISIBLE SERA REJETÉ.

CODE ID CLINIQUE * : 06900000029 Clinique Test Toubib SAD <input type="checkbox"/> ANNULER REQUÊTES ANTÉRIEURES <input type="checkbox"/>		IDENTIFICATION DE L'USAGER *	
NOM, PRÉNOM PRESCRIPTEUR (EN LETTRES MOULÉES) * : Test Test Med		# Dossier : IZZZ00000210	
SIGNATURE PRESCRIPTEUR * :  NO DE PERMIS * : 14842 DATE * : 2026-06-01		NOM, PRÉNOM : Test, Formation	
COPIE DU RAPPORT À (NOM, PRÉNOM ET SPÉCIALITÉ) : TESTMD- TEST, DOCTEUR		Adresse :	
RENSEIGNEMENTS CLINIQUES : Ciprofloxacine 500 mg, culture d'urine mi-jet		Téléphone :	
PRISE EN CHARGE DU RENDEZ-VOUS DE L'USAGER? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON * PRÉVOIR DÉLAI DE 24-48H POUR TX DE LA REQUÊTE *		RAMQ OU DATE DE NAISSANCE (si usager sans RAMQ) : 2000-01-01	
DÉLAI SOUHAITÉ : (PRÉCISER) ce jour <input type="checkbox"/> ÉLECTIF (< 2 MOIS)		Nom et prénom mère :	
RÉPÉTER AUX : SEMAINE(S) MOIS ANNÉE(S) DURÉE : SEMAINE(S) MOIS ANNÉE(S)		Sexe : <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Autre	
DATE / HEURE DU PRÉLÈVEMENT : / INITIALE DU PRÉLEVEUR :			
BANQUE DE SANG <input type="checkbox"/> Typage-Dépistage (groupe ABO et Rh + recherche d'anticorps irréguliers) P <input type="checkbox"/> TDA - Test direct à l'antiglobuline (Coombs direct) P		<input type="checkbox"/> LDH <input type="checkbox"/> Réticulocytes <input type="checkbox"/> Vitesse de sédimentation S	
BIOCHIMIE <input type="checkbox"/> Acide urique <input type="checkbox"/> Albumine <input type="checkbox"/> Apolipoprotéine B Bilan hépatique (cochez) <input type="checkbox"/> ALT <input type="checkbox"/> Bilirubine <input type="checkbox"/> Gamma GT <input type="checkbox"/> Phosphatase alcaline <input type="checkbox"/> Bilan lipidique (Chol, Trig, HDL, LDL calc.) Si Jeûne: <input type="checkbox"/> 8h <input type="checkbox"/> 12h <input type="checkbox"/> BNP <input type="checkbox"/> NT-proBNP <input type="checkbox"/> Calcium <input type="checkbox"/> Calcium ionisé <input type="checkbox"/> CK <input type="checkbox"/> Co ₂ total - HCO ₃ <input checked="" type="checkbox"/> Créatinine <input checked="" type="checkbox"/> Électrolytes (Na-K-Cl) <input type="checkbox"/> Glucose non à jeun <input type="checkbox"/> Glucose à jeun A <input type="checkbox"/> Hb glyquée (HbA1c) <input type="checkbox"/> Hyperglycémie provoquée 2h A <input type="checkbox"/> Lipase <input type="checkbox"/> Magnésium <input type="checkbox"/> Phosphore <input type="checkbox"/> Protéine C réactive <input type="checkbox"/> Protéines totales <input type="checkbox"/> Score Fib-4 <input checked="" type="checkbox"/> Urée <input type="checkbox"/> Vitamine D (25-OH)		HORMONES <input type="checkbox"/> B-HCG sérique (quantitatif) <input type="checkbox"/> Cortisol (Arrivée avant 8 h) <input type="checkbox"/> FSH <input type="checkbox"/> LH <input type="checkbox"/> Œstradiol <input type="checkbox"/> Prolactine <input type="checkbox"/> PTH <input type="checkbox"/> Testostérone totale <input type="checkbox"/> Testostérone bio disponible <input type="checkbox"/> TSH (T4L/T3 tot. Réflex selon algorithme) <input type="checkbox"/> Test à la dexaméthasone 1 mg O MARQUEURS TUMORAUX <input type="checkbox"/> APS <input type="checkbox"/> CA 125 <input type="checkbox"/> CA 15-3 <input type="checkbox"/> CA 19-9 <input type="checkbox"/> CEA <input type="checkbox"/> AFP MÉDICAMENTS (D) <input type="checkbox"/> Acide valproïque <input type="checkbox"/> Carbamazépine <input type="checkbox"/> Digoxine <input type="checkbox"/> Lithium <input type="checkbox"/> Phénytoïne	
GROSSESSE DPA : _____ <input type="checkbox"/> Bilan Grossesse 1 ^{er} Trimestre L <input type="checkbox"/> Bilan Grossesse 3 ^e Trimestre M <input type="checkbox"/> Hyperglycémie provoquée Grossesse 2 h (75 g) A <input type="checkbox"/> Trisomies 21-18-13 (form. AH-611) R		COAGULATION Anticoagulant : préciser (obligatoire) <input type="checkbox"/> Aucun <input type="checkbox"/> Coumadin <input type="checkbox"/> HBPM <input type="checkbox"/> Autres: _____ <input type="checkbox"/> INR (RIN) <input type="checkbox"/> Temps de céphaline	
HÉMATOLOGIE <input type="checkbox"/> Bilan du Fer (inclut cap. fix, % sat. et Ferritine) <input type="checkbox"/> Ferritine <input type="checkbox"/> Folates A <input type="checkbox"/> Vitamine B12 Cocher si : <input type="checkbox"/> Anémie <input type="checkbox"/> Malabsorption <input type="checkbox"/> Malnutrition <input type="checkbox"/> Médicaments <input type="checkbox"/> Trouble neuro-psy <input type="checkbox"/> Neuropathie <input type="checkbox"/> Chaînes légères libres <input type="checkbox"/> Dosage immunoglobulines <input checked="" type="checkbox"/> Électrophorèse prot. sériques <input checked="" type="checkbox"/> Formule sanguine		IMMUNOLOGIE <input type="checkbox"/> ANA <input type="checkbox"/> Anti-CCP <input type="checkbox"/> Anti-TPO <input type="checkbox"/> Anti-transglutaminases <input type="checkbox"/> Facteur rhumatoïde MICROBIOLOGIE SÉROLOGIE <input type="checkbox"/> CMV IgG <input type="checkbox"/> CMV IgM <input type="checkbox"/> Monotest <input type="checkbox"/> Parvovirus IgG <input type="checkbox"/> Parvovirus IgM <input type="checkbox"/> Rubéole IgG <input type="checkbox"/> Syphilis <input type="checkbox"/> Toxoplasmose IgG <input type="checkbox"/> Varicelle IgG <input type="checkbox"/> VIH <input type="checkbox"/> Hépatite A, IgM <input type="checkbox"/> Hépatite B ag <input type="checkbox"/> Hépatite B, anti-HBs (vaccin) <input type="checkbox"/> Hépatite B, anti-HBc (core) <input type="checkbox"/> Hépatite C, anti-VHC EXPECTORATIONS <input type="checkbox"/> Culture bactérienne X _____ B <input type="checkbox"/> Mycobactéries (BK) X _____ B URO-GÉNITAL et ITS <input checked="" type="checkbox"/> Culture urine C+F <input type="checkbox"/> Mycobactéries urine (BK) X _____ C+F	
		<input type="checkbox"/> Vaginite/vaginose (écouv. vaginal) (Rens. cliniques obligatoires pour culture) <input type="checkbox"/> PCR chlamydia-gonorrhée B <input type="checkbox"/> Col/Vagin <input type="checkbox"/> Gorge <input type="checkbox"/> Rectum <input type="checkbox"/> Urètre <input type="checkbox"/> Urine <input type="checkbox"/> Victime d'abus sexuel (VAS) <input type="checkbox"/> Autre : _____ <input type="checkbox"/> Culture gonorrhée Site : _____ <input type="checkbox"/> Trichomonas vaginalis B <input type="checkbox"/> Mycoplasma genitalium B <input type="checkbox"/> PCR Herpès Site : _____ N <input type="checkbox"/> Strepto B vaginal anal (grossesse) Allergie sévère pénicilline <input type="checkbox"/>	
		VPH dépistage <input type="checkbox"/> Cervical Q <input type="checkbox"/> Auto-prélèvement Q	
		SELLES <input type="checkbox"/> C. difficile B+H <input type="checkbox"/> Détection de l'antigène H. pylori H <input type="checkbox"/> Détection entéropathogènes par PCR (bactéries, virus, parasites) B+G <input type="checkbox"/> Parasites par microscopie X 3 B+I (Rens. cliniques obligatoires)	
		AUTRES <input type="checkbox"/> Cult. bactérienne Site : _____ <input type="checkbox"/> Gorge (Strepto A) <input type="checkbox"/> Hémodultures X _____ <input type="checkbox"/> Mycose, Site : _____	
		DIVERS <input type="checkbox"/> Calprotectine fécale <input type="checkbox"/> Cytologie expectorations B+J <input type="checkbox"/> Cytologie urinaire B+J <input checked="" type="checkbox"/> RSOSI Fit test B Spermogramme <input type="checkbox"/> (contrôle post-vasectomie) B+K Date de l'opération _____	
		AUTRES LABOS	

CIS2304

Code GRM : 12988696

3. EXERCICES PRATIQUES SOFTWAREPLUS

3.2 UTILISATEURS SOFTWAREPLUS HORS CENTRE HOSPITALIER

Prescription 1 usager B

ÉTÉ RÉGIONALE POUR TESTS DE LABORATOIRE


VERSION MAI 2026

Appalaches

Québec

RENSEIGNEMENTS SUPPLÉMENTAIRES AU VERSO : Les lettres situées à droite correspondent à une consigne que vous devez respecter.

* CHAMPS OBLIGATOIRES : TOUT FORMULAIRE NON CORRECTEMENT IDENTIFIÉ OU ILLISIBLE SERA REJETÉ.

CODE ID CLINIQUE * : 16900000282 Clinique Test Pour DME DCS SAD <input type="checkbox"/> ANNULER REQUÊTES ANTÉRIEURES <input type="checkbox"/>		IDENTIFICATION DE L'USAGER *	
NOM, PRÉNOM PRESCRIPTEUR (EN LETTRES MOULÉES) * : Test Test Med		# Dossier : IZZZ00000238	
SIGNATURE PRESCRIPTEUR * : 	NO DE PERMIS * : 14842	NOM, PRÉNOM : Test, Formation 2	
DATE * : 2026-06-01		Adresse :	
COPIE DU RAPPORT À (NOM, PRÉNOM ET SPÉCIALITÉ):		Téléphone :	
RENSEIGNEMENTS CLINIQUES :		RAMQ OU DATE DE NAISSANCE (si usager sans RAMQ) : 2010-03-01	
PRISE EN CHARGE DU RENDEZ-VOUS DE L'USAGER? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON * PRÉVOIR DÉLAI DE 24-48H POUR TX DE LA REQUÊTE *		Nom et prénom mère :	
DÉLAI SOUHAITÉ : (PRÉCISER) d'ici 6 mois <input type="checkbox"/> ÉLECTIF (< 2 MOIS)		Sexe : <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Autre	
RÉPÉTER AUX : _____ SEMAINE(S) _____ MOIS _____ ANNÉE(S)	DURÉE : _____ SEMAINE(S) _____ MOIS _____ ANNÉE(S)		
DATE / HEURE DU PRÉLÈVEMENT : _____ / _____ INITIALE DU PRÉLEVEUR : _____			

<p>BANQUE DE SANG</p> <p><input type="checkbox"/> Typage-Dépistage (groupe ABO et Rh + recherche d'anticorps irréguliers) P</p> <p><input type="checkbox"/> TDA - Test direct à l'antiglobuline (Coombs direct) P</p> <p>BIOCHIMIE</p> <p><input type="checkbox"/> Acide urique</p> <p><input type="checkbox"/> Albumine</p> <p><input type="checkbox"/> Apolipoprotéine B</p> <p>Bilan hépatique (cochez)</p> <p><input type="checkbox"/> ALT <input type="checkbox"/> Bilirubine</p> <p><input type="checkbox"/> Gamma GT <input type="checkbox"/> Phosphatase alcaline</p> <p><input type="checkbox"/> Bilan lipidique (Chol, Trig, HDL, LDL calc.)</p> <p>Si Jeûne: <input type="checkbox"/> 8h <input type="checkbox"/> 12h</p> <p><input type="checkbox"/> BNP <input type="checkbox"/> NT-proBNP</p> <p><input type="checkbox"/> Calcium</p> <p><input type="checkbox"/> Calcium ionisé</p> <p><input type="checkbox"/> CK</p> <p><input type="checkbox"/> Co₂ total - HCO₃</p> <p><input type="checkbox"/> Créatinine</p> <p><input type="checkbox"/> Électrolytes (Na-K-Cl)</p> <p><input type="checkbox"/> Glucose non à jeun</p> <p><input type="checkbox"/> Glucose à jeun A</p> <p><input type="checkbox"/> Hb glyquée (HbA1c)</p> <p><input type="checkbox"/> Hyperglycémie provoquée 2h A</p> <p><input type="checkbox"/> Lipase</p> <p><input type="checkbox"/> Magnésium</p> <p><input type="checkbox"/> Phosphore</p> <p><input type="checkbox"/> Protéine C réactive</p> <p><input type="checkbox"/> Protéines totales</p> <p><input type="checkbox"/> Score Fib-4</p> <p><input type="checkbox"/> Urée</p> <p><input type="checkbox"/> Vitamine D (25-OH)</p> <p>URINES</p> <p><input type="checkbox"/> Microalbumine</p> <p><input type="checkbox"/> Ratio protéine/créatinine urinaires</p> <p><input type="checkbox"/> Sommaire (SMU) C</p> <p><input type="checkbox"/> Test de grossesse (urine) C</p> <p>URINES 24 HEURES B+E</p> <p><input type="checkbox"/> Créatinine <input type="checkbox"/> Protéines</p> <p><input type="checkbox"/> Électrophorèse prot. Urinaires</p>	<p>HORMONES</p> <p><input type="checkbox"/> B-HCG sérique (quantitatif)</p> <p><input type="checkbox"/> Cortisol (Arrivée avant 8 h)</p> <p><input type="checkbox"/> FSH <input type="checkbox"/> LH</p> <p><input type="checkbox"/> Œstradiol <input type="checkbox"/> Prolactine</p> <p><input type="checkbox"/> PTH</p> <p><input type="checkbox"/> Testostérone totale</p> <p><input type="checkbox"/> Testostérone bio disponible</p> <p><input type="checkbox"/> TSH (T4LT3 tot. Réflex selon algorithme)</p> <p><input type="checkbox"/> Test à la dexaméthasone 1 mg O</p> <p>MARQUEURS TUMORAUX</p> <p><input type="checkbox"/> APS <input type="checkbox"/> CA 125</p> <p><input type="checkbox"/> CA 15-3 <input type="checkbox"/> CA 19-9</p> <p><input type="checkbox"/> CEA <input type="checkbox"/> AFP</p> <p>MÉDICAMENTS (D)</p> <p><input type="checkbox"/> Acide valproïque</p> <p><input type="checkbox"/> Carbamazépine</p> <p><input type="checkbox"/> Digoxine</p> <p><input type="checkbox"/> Lithium</p> <p><input type="checkbox"/> Phénytoïne</p> <p>GROSSESSE</p> <p>DPA : _____</p> <p><input type="checkbox"/> Bilan Grossesse 1^{er} Trimestre L</p> <p><input type="checkbox"/> Bilan Grossesse 3^e Trimestre M</p> <p><input type="checkbox"/> Hyperglycémie provoquée Grossesse 2 h (75 g) A</p> <p><input type="checkbox"/> Trisomies 21-18-13 (form. AH-611) R</p> <p>HÉMATOLOGIE</p> <p><input type="checkbox"/> Bilan du Fer (inclut cap. fix, % sat. et Ferritine)</p> <p><input type="checkbox"/> Ferritine</p> <p><input type="checkbox"/> Folates A <input type="checkbox"/> Vitamine B12</p> <p>Cocher si : <input type="checkbox"/> Anémie <input type="checkbox"/> Malabsorption</p> <p><input type="checkbox"/> Malnutrition <input type="checkbox"/> Médicaments</p> <p><input type="checkbox"/> Trouble neuro-psy <input type="checkbox"/> Neuropathie</p> <p><input type="checkbox"/> Chaînes légères libres</p> <p><input type="checkbox"/> Dosage immunoglobulines</p> <p><input type="checkbox"/> Électrophorèse prot. sériques</p> <p><input type="checkbox"/> Formule sanguine</p>	<p><input type="checkbox"/> LDH</p> <p><input type="checkbox"/> Réticulocytes</p> <p><input type="checkbox"/> Vitesse de sédimentation S</p> <p>COAGULATION</p> <p>Anticoagulant : préciser (obligatoire)</p> <p><input type="checkbox"/> Aucun <input type="checkbox"/> Coumadin <input type="checkbox"/> HBPM</p> <p><input type="checkbox"/> Autres: _____</p> <p><input type="checkbox"/> INR (RIN)</p> <p><input type="checkbox"/> Temps de céphaline</p> <p>IMMUNOLOGIE</p> <p><input type="checkbox"/> ANA</p> <p><input type="checkbox"/> Anti-CCP</p> <p><input type="checkbox"/> Anti-TPO</p> <p><input type="checkbox"/> Anti-transglutaminases</p> <p><input type="checkbox"/> Facteur rhumatoïde</p> <p>MICROBIOLOGIE</p> <p>SÉROLOGIE</p> <p><input type="checkbox"/> CMV IgG <input type="checkbox"/> CMV IgM</p> <p><input type="checkbox"/> Monotest</p> <p><input type="checkbox"/> Parvovirus IgG <input type="checkbox"/> Parvovirus IgM</p> <p><input type="checkbox"/> Rubéole IgG</p> <p><input type="checkbox"/> Syphilis</p> <p><input type="checkbox"/> Toxoplasmose IgG</p> <p><input type="checkbox"/> Varicelle IgG</p> <p><input type="checkbox"/> VIH</p> <p><input type="checkbox"/> Hépatite A, IgM</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Hépatite B ag</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Hépatite B, anti-HBs (vaccin)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Hépatite B, anti-HBc (core)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Hépatite C, anti-VHC</p> <p>EXPECTORATIONS</p> <p><input type="checkbox"/> Culture bactérienne X _____ B</p> <p><input type="checkbox"/> Mycobactéries (BK) X _____ B</p> <p>URO-GÉNITAL et ITS</p> <p><input type="checkbox"/> Culture urine C+F</p> <p><input type="checkbox"/> Mycobactéries urine (BK) X _____ C+F</p>	<p><input type="checkbox"/> Vaginite/vaginose (écouv. vaginal) (Rens. cliniques obligatoires pour culture)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> PCR chlamydia-gonorrhée B</p> <p><input type="checkbox"/> Col/Vagin <input type="checkbox"/> Gorge <input type="checkbox"/> Rectum <input type="checkbox"/> Urètre</p> <p><input type="checkbox"/> Urine <input type="checkbox"/> Victime d'abus sexuel (VAS)</p> <p><input type="checkbox"/> Autre : _____</p> <p><input type="checkbox"/> Culture gonorrhée Site : _____</p> <p><input type="checkbox"/> Trichomonas vaginalis B</p> <p><input type="checkbox"/> Mycoplasma genitalium B</p> <p><input type="checkbox"/> PCR Herpès Site : _____ N</p> <p><input type="checkbox"/> Strepto B vaginal anal (grossesse) Allergie sévère pénicilline <input type="checkbox"/></p> <p>VPH dépistage</p> <p><input type="checkbox"/> Cervical Q</p> <p><input type="checkbox"/> Auto-prélèvement Q</p> <p>SELLES</p> <p><input type="checkbox"/> C. difficile B+H</p> <p><input type="checkbox"/> Détection de l'antigène H. pylori H</p> <p><input type="checkbox"/> Détection entéro-pathogènes par PCR (bactéries, virus, parasites) B+G</p> <p><input type="checkbox"/> Parasites par microscopie X 3 B+I (Rens. cliniques obligatoires)</p> <p>AUTRES</p> <p><input type="checkbox"/> Cult. bactérienne Site : _____</p> <p><input type="checkbox"/> Gorge (Strepto A)</p> <p><input type="checkbox"/> Hémodultures X _____</p> <p><input type="checkbox"/> Mycose, Site : _____</p> <p>DIVERS</p> <p><input type="checkbox"/> Calprotectine fécale</p> <p><input type="checkbox"/> Cytologie expectorations B+J</p> <p><input type="checkbox"/> Cytologie urinaire B+J</p> <p><input type="checkbox"/> RSOSI Fit test B</p> <p>Spermogramme</p> <p><input type="checkbox"/> (contrôle post-vasectomie) B+K</p> <p>Date de l'opération _____</p> <p>AUTRES LABOS</p>
---	---	---	--

3. EXERCICES PRATIQUES SOFTWAREPLUS

3.2 UTILISATEURS SOFTWAREPLUS HORS CENTRE HOSPITALIER

Prescription 2 usager B

REQUÊTE RÉGIONALE POUR TESTS DE LABORATOIRE


VERSION MAI 2026

Centre de santé
sociaux de Chaudière-
Appalaches

Québec

RENSEIGNEMENTS SUPPLÉMENTAIRES AU VERSO : Les lettres situées à droite correspondent à une consigne que vous devez respecter.

* CHAMPS OBLIGATOIRES : TOUT FORMULAIRE NON CORRECTEMENT IDENTIFIÉ OU ILLISIBLE SERA REJETÉ.

CODE ID CLINIQUE * : 069000000029 Clinique Test Toubib SAD <input type="checkbox"/> ANNULER REQUÊTES ANTÉRIEURES <input type="checkbox"/>		IDENTIFICATION DE L'USAGER *	
NOM, PRÉNOM PRESCRIPTEUR (EN LETTRES MOULÉES) * : TEST, DOCTEUR		# Dossier : IZZZ00000238	
SIGNATURE PRESCRIPTEUR * :  NO DE PERMIS * : TESTM DATE * : 2026-06-06		NOM, PRÉNOM : Test, Formation 2	
COPIE DU RAPPORT À (NOM, PRÉNOM ET SPÉCIALITÉ):		Adresse :	
RENSEIGNEMENTS CLINIQUES :		Téléphone :	
PRISE EN CHARGE DU RENDEZ-VOUS DE L'USAGER? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON * PRÉVOIR DÉLAI DE 24-48H POUR TX DE LA REQUÊTE *		RAMQ OU DATE DE NAISSANCE (si usager sans RAMQ) : 2010-03-01	
DÉLAI SOUHAITÉ : (PRÉCISER) d'ici 6 mois <input type="checkbox"/> ÉLECTIF (< 2 MOIS)		Nom et prénom mère :	
RÉPÉTER AUX : _____ SEMAINE(S) _____ MOIS _____ ANNÉE(S) DURÉE : _____ SEMAINE(S) _____ MOIS _____ ANNÉE(S)		Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Autre	
DATE / HEURE DU PRÉLÈVEMENT : _____ / _____ INITIALE DU PRÉLEVEUR : _____			
BANQUE DE SANG <input type="checkbox"/> Typage-Dépistage (groupe ABO et Rh + recherche d'anticorps irréguliers) P <input type="checkbox"/> TDA – Test direct à l'antiglobuline (Coombs direct) P		<input type="checkbox"/> LDH <input type="checkbox"/> Réticulocytes <input type="checkbox"/> Vitesse de sédimentation S	
BIOCHIMIE <input type="checkbox"/> Acide urique <input type="checkbox"/> Albumine <input type="checkbox"/> Apolipoprotéine B Bilan hépatique (cochez) <input type="checkbox"/> ALT <input type="checkbox"/> Bilirubine <input type="checkbox"/> Gamma GT <input type="checkbox"/> Phosphatase alcaline <input type="checkbox"/> Bilan lipidique (Chol, Trig, HDL, LDL calc.) St. Jeûne: <input type="checkbox"/> 8h <input type="checkbox"/> 12h <input type="checkbox"/> BNP <input type="checkbox"/> NT-proBNP <input type="checkbox"/> Calcium <input type="checkbox"/> Calcium ionisé <input type="checkbox"/> CK <input type="checkbox"/> Co2 total – HCO3 <input checked="" type="checkbox"/> Créatinine <input checked="" type="checkbox"/> Électrolytes (Na-K-Cl) <input type="checkbox"/> Glucose non à jeun <input checked="" type="checkbox"/> Glucose à jeun A <input type="checkbox"/> Hb glyquée (HbA1c) <input type="checkbox"/> Hyperglycémie provoquée 2h A <input type="checkbox"/> Lipase <input type="checkbox"/> Magnésium <input type="checkbox"/> Phosphore <input type="checkbox"/> Protéine C réactive <input type="checkbox"/> Protéines totales <input type="checkbox"/> Score Fib-4 <input checked="" type="checkbox"/> Urée <input type="checkbox"/> Vitamine D (25-OH)		HORMONES <input type="checkbox"/> B-HCG sérique (quantitatif) <input type="checkbox"/> Cortisol (Arrivée avant 8 h) <input type="checkbox"/> FSH <input type="checkbox"/> LH <input type="checkbox"/> Œstradiol <input type="checkbox"/> Prolactine <input type="checkbox"/> PTH <input type="checkbox"/> Testostérone totale <input type="checkbox"/> Testostérone bio disponible <input type="checkbox"/> TSH (T4L/T3 tot. Réflex selon algorithme) <input type="checkbox"/> Test à la dexaméthasone 1 mg O	
URINES <input type="checkbox"/> Microalbumine <input type="checkbox"/> Ratio protéine/créatinine urinaires <input type="checkbox"/> Sommaire (SMU) C <input type="checkbox"/> Test de grossesse (urine) C URINES 24 HEURES B+E <input type="checkbox"/> Créatinine <input type="checkbox"/> Protéines <input type="checkbox"/> Électrophorèse prot. Urinaires		COAGULATION Anticoagulant : préciser (obligatoire) <input type="checkbox"/> Aucun <input type="checkbox"/> Coumadin <input type="checkbox"/> HBPM <input type="checkbox"/> Autres: _____ <input type="checkbox"/> INR (RIN) <input type="checkbox"/> Temps de céphaline	
MARKEURS TUMORAUX <input type="checkbox"/> APS <input type="checkbox"/> CA 125 <input type="checkbox"/> CA 15-3 <input type="checkbox"/> CA 19-9 <input type="checkbox"/> CEA <input type="checkbox"/> AFP		IMMUNOLOGIE <input type="checkbox"/> ANA <input type="checkbox"/> Anti-CCP <input type="checkbox"/> Anti-TPO <input type="checkbox"/> Anti-transglutaminases <input type="checkbox"/> Facteur rhumatoïde	
MÉDICAMENTS (D) <input type="checkbox"/> Acide valproïque <input type="checkbox"/> Carbamazépine <input type="checkbox"/> Digoxine <input type="checkbox"/> Lithium <input type="checkbox"/> Phénytoïne		MICROBIOLOGIE SÉROLOGIE <input type="checkbox"/> CMV IgG <input type="checkbox"/> CMV IgM <input type="checkbox"/> Monotest <input type="checkbox"/> Parvovirus IgG <input type="checkbox"/> Parvovirus IgM <input type="checkbox"/> Rubéole IgG <input type="checkbox"/> Syphilis <input type="checkbox"/> Toxoplasmose IgG <input type="checkbox"/> Varicelle IgG <input type="checkbox"/> VIH <input type="checkbox"/> Hépatite A, IgM <input checked="" type="checkbox"/> Hépatite B ag <input type="checkbox"/> Hépatite B, anti-HBs (vaccin) <input checked="" type="checkbox"/> Hépatite B, anti-HBc (core) <input checked="" type="checkbox"/> Hépatite C, anti-VHC	
GROSSESSE DPA : _____ <input type="checkbox"/> Bilan Grossesse 1 ^{er} Trimestre L <input type="checkbox"/> Bilan Grossesse 3 ^e Trimestre M <input type="checkbox"/> Hyperglycémie provoquée Grossesse 2 h (75 g) A <input type="checkbox"/> Trisomies 21-18-13 (form. AH-611) R		EXPECTORATIONS <input type="checkbox"/> Culture bactérienne X _____ B <input type="checkbox"/> Mycobactéries (BK) X _____ B	
HÉMATOLOGIE <input type="checkbox"/> Bilan du Fer (inclut cap. %, % sat. et Ferritine) <input type="checkbox"/> Ferritine <input type="checkbox"/> Folates A <input type="checkbox"/> Vitamine B12 Cocher si : <input type="checkbox"/> Anémie <input type="checkbox"/> Malabsorption <input type="checkbox"/> Malnutrition <input type="checkbox"/> Médicaments <input type="checkbox"/> Trouble neuro-psy <input type="checkbox"/> Neuropathie		URO-GÉNITAL et ITS <input type="checkbox"/> Culture urine C+F <input type="checkbox"/> Mycobactéries urine (BK) X _____ C+F	
		SELLES VPH dépistage <input type="checkbox"/> Cervical Q <input type="checkbox"/> Auto-prélèvement Q <input type="checkbox"/> C. difficile B+H <input type="checkbox"/> Détection de l'antigène H. pylori H <input type="checkbox"/> Détection entéropathogènes par PCR (bactéries, virus, parasites) B+G <input type="checkbox"/> Parasites par microscopie X 3 B+I (Rens. cliniques obligatoires) AUTRES <input type="checkbox"/> Cult. bactérienne Site : _____ <input type="checkbox"/> Gorge (Strepto A) <input type="checkbox"/> Hémodultures X _____ <input type="checkbox"/> Mycose, Site : _____	
		DIVERS <input type="checkbox"/> Calprotectine fécale <input type="checkbox"/> Cytologie expectorations B+J <input type="checkbox"/> Cytologie urinaire B+J <input type="checkbox"/> RSOSI Fit test B Spermogramme <input type="checkbox"/> (contrôle post-vasectomie) B+K Date de l'opération _____	
		AUTRES LABOS	

CIS2304

Code GRM : 12988696

3. EXERCICES PRATIQUES SOFTWAREPLUS

3.2 UTILISATEURS SOFTWAREPLUS HORS CENTRE HOSPITALIER

Prescription usager C

REQUÊTE RÉGIONALE POUR TESTS DE LABORATOIRE


VERSION MAI 2026

Sociaux de Chaudière-Appalaches

Québec

RENSEIGNEMENTS SUPPLÉMENTAIRES AU VERSO : Les lettres situées à droite correspondent à une consigne que vous devez respecter.

* CHAMPS OBLIGATOIRES : TOUT FORMULAIRE NON CORRECTEMENT IDENTIFIÉ OU ILLISIBLE SERA REJETÉ.

CODE ID CLINIQUE * : 16900000282 Clinique Test Pour DME DCS SAD <input type="checkbox"/> ANNULER REQUÊTES ANTÉRIEURES <input type="checkbox"/>	IDENTIFICATION DE L'USAGER *
NOM, PRÉNOM PRESCRIPTEUR (EN LETTRES MOULÉES) * : Test Test Med	# Dossier : IZZZ00000210
SIGNATURE PRESCRIPTEUR * :  NO DE PERMIS * : 14842 DATE * : 2026-06-01	NOM, PRÉNOM : Test, Formation
COPIE DU RAPPORT À (NOM, PRÉNOM ET SPÉCIALITÉ) : TESTMD-TEST, DOCTEUR	Adresse :
RENSEIGNEMENTS CLINIQUES : DPA:2026-12-12	Téléphone :
PRISE EN CHARGE DU RENDEZ-VOUS DE L'USAGER? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON * PRÉVOIR DÉLAI DE 24-48H POUR TX DE LA REQUÊTE *	RAMQ OU DATE DE NAISSANCE (si usager sans RAMQ) : 2000-01-01
DÉLAI SOUHAITÉ : (PRÉCISER) _____ <input type="checkbox"/> ÉLECTIF (< 2 MOIS)	Nom et prénom mère :
RÉPÉTER AUX : _____ SEMAINE(S) _____ MOIS _____ ANNÉE(S) DURÉE : _____ SEMAINE(S) _____ MOIS _____ ANNÉE(S)	Sexe : <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Autre
DATE / HEURE DU PRÉLÈVEMENT : _____ / _____ INITIALE DU PRÉLEVEUR : _____	

BANQUE DE SANG <input type="checkbox"/> Typage-Dépistage (groupe ABO et Rh + recherche d'anticorps irréguliers) P <input type="checkbox"/> TDA – Test direct à l'antiglobuline (Coombs direct) P	HORMONES <input type="checkbox"/> B-HCG sérique (quantitatif) <input type="checkbox"/> Cortisol (Arrivée avant 8 h) <input type="checkbox"/> FSH <input type="checkbox"/> LH <input type="checkbox"/> Œstradiol <input type="checkbox"/> Prolactine <input type="checkbox"/> PTH <input type="checkbox"/> Testostérone totale <input type="checkbox"/> Testostérone bio disponible <input type="checkbox"/> TSH (T4/LT3 tot. Réflex selon algorithme) <input type="checkbox"/> Test à la dexaméthasone 1 mg O	<input type="checkbox"/> LDH <input type="checkbox"/> Réticulocytes <input type="checkbox"/> Vitesse de sédimentation S	<input type="checkbox"/> Vaginite/vaginose (écouv. vaginal) (Rens. cliniques obligatoires pour culture) <input type="checkbox"/> PCR chlamydia-gonorrhée B <input type="checkbox"/> Col/Vagin <input type="checkbox"/> Gorge <input type="checkbox"/> Rectum <input type="checkbox"/> Urètre <input type="checkbox"/> Urine <input type="checkbox"/> Victime d'abus sexuel (VAS) <input type="checkbox"/> Autre : _____ <input type="checkbox"/> Culture gonorrhée Site : _____ <input type="checkbox"/> Trichomonas vaginalis B <input type="checkbox"/> Mycoplasma genitalium B <input type="checkbox"/> PCR Herpès Site : _____ N <input type="checkbox"/> Strepto B vaginal anal (grossesse) Allergie sévère pénicilline <input type="checkbox"/> VPH dépistage <input type="checkbox"/> Cervical Q <input type="checkbox"/> Auto-prélèvement Q
BIOCHIMIE <input type="checkbox"/> Acide urique <input type="checkbox"/> Albumine <input type="checkbox"/> Apolipoprotéine B Bilan hépatique (cochez) <input type="checkbox"/> ALT <input type="checkbox"/> Bilirubine <input type="checkbox"/> Gamma GT <input type="checkbox"/> Phosphatase alcaline <input type="checkbox"/> Bilan lipidique (Chol, Trig, HDL, LDL, calc.) Si Jeûne: <input type="checkbox"/> 8h <input type="checkbox"/> 12h <input type="checkbox"/> BNP <input type="checkbox"/> NT-proBNP <input type="checkbox"/> Calcium <input type="checkbox"/> Calcium ionisé <input type="checkbox"/> CK <input type="checkbox"/> Co2 total – HCO3 <input type="checkbox"/> Créatinine <input type="checkbox"/> Électrolytes (Na-K-Cl) <input type="checkbox"/> Glucose non à jeun <input type="checkbox"/> Glucose à jeun A <input type="checkbox"/> Hb glyquée (HbA1c) <input type="checkbox"/> Hyperglycémie provoquée 2h A <input type="checkbox"/> Lipase <input type="checkbox"/> Magnésium <input type="checkbox"/> Phosphore <input type="checkbox"/> Protéine C réactive <input type="checkbox"/> Protéines totales <input type="checkbox"/> Score Fib-4 <input type="checkbox"/> Urée <input type="checkbox"/> Vitamine D (25-OH)	MARQUEURS TUMORAUX <input type="checkbox"/> APS <input type="checkbox"/> CA 125 <input type="checkbox"/> CA 15-3 <input type="checkbox"/> CA 19-9 <input type="checkbox"/> CEA <input type="checkbox"/> AFP	COAGULATION Anticoagulant : préciser (obligatoire) <input type="checkbox"/> Aucun <input type="checkbox"/> Coumadin <input type="checkbox"/> HBPM <input type="checkbox"/> Autres: _____ <input type="checkbox"/> INR (RIN) <input type="checkbox"/> Temps de céphaline	SELLES <input type="checkbox"/> C. difficile B+H <input type="checkbox"/> Détection de l'antigène H. pylori H <input type="checkbox"/> Détection entéropathogènes par PCR (bactéries, virus, parasites) B+G <input type="checkbox"/> Parasites par microscopie X 3 B+I (Rens. cliniques obligatoires) AUTRES <input type="checkbox"/> Cult. bactérienne Site : _____ <input type="checkbox"/> Gorge (Strepto A) <input type="checkbox"/> Hémocultures X _____ <input type="checkbox"/> Mycose, Site : _____
GROSSESSE DPA : 2026-12-12 <input checked="" type="checkbox"/> Bilan Grossesse 1er Trimestre L <input type="checkbox"/> Bilan Grossesse 3e Trimestre M <input type="checkbox"/> Hyperglycémie provoquée Grossesse 2 h (75 g) A <input type="checkbox"/> Trisomies 21-18-13 (form. AH-611) R	MÉDICAMENTS (D) <input type="checkbox"/> Acide valproïque <input type="checkbox"/> Carbamazépine <input type="checkbox"/> Digoxine <input type="checkbox"/> Lithium <input type="checkbox"/> Phénytoïne	IMMUNOLOGIE <input type="checkbox"/> ANA <input type="checkbox"/> Anti-CCP <input type="checkbox"/> Anti-TPO <input type="checkbox"/> Anti-transglutaminases <input type="checkbox"/> Facteur rhumatoïde	DIVERS <input type="checkbox"/> Calprotectine fécale <input type="checkbox"/> Cytologie expectorations B+J <input type="checkbox"/> Cytologie urinaire B+J <input type="checkbox"/> RSOS1 Fit test B Spermogramme <input type="checkbox"/> (contrôle post-vasectomie) B+K Date de l'opération _____
HÉMATOLOGIE <input type="checkbox"/> Bilan du Fer (inclut cap. fix, % sat. et Ferritine) <input type="checkbox"/> Ferritine <input type="checkbox"/> Folates A <input type="checkbox"/> Vitamine B12 Cocher si : <input type="checkbox"/> Anémie <input type="checkbox"/> Malabsorption <input type="checkbox"/> Malnutrition <input type="checkbox"/> Médicaments <input type="checkbox"/> Trouble neuro-psy <input type="checkbox"/> Neuropathie	EXPECTORATIONS <input type="checkbox"/> Culture bactérienne X _____ B <input type="checkbox"/> Mycobactéries (BK) X _____ B	MICROBIOLOGIE <input type="checkbox"/> CMV IgG <input type="checkbox"/> CMV IgM <input type="checkbox"/> Monotest <input checked="" type="checkbox"/> Parvovirus IgG <input checked="" type="checkbox"/> Parvovirus IgM <input type="checkbox"/> Rubéole IgG <input type="checkbox"/> Syphilis <input type="checkbox"/> Toxoplasmose IgG <input type="checkbox"/> Varicelle IgG <input type="checkbox"/> VIH <input type="checkbox"/> Hépatite A, IgM <input type="checkbox"/> Hépatite B ag <input type="checkbox"/> Hépatite B, anti-HBs (vaccin) <input type="checkbox"/> Hépatite B, anti-HBc (core) <input type="checkbox"/> Hépatite C, anti-VHC	AUTRES LABOS
URINES <input type="checkbox"/> Microalbumine <input type="checkbox"/> Ratio protéine/créatinine urinaires <input type="checkbox"/> Sommaire (SMU) C <input type="checkbox"/> Test de grossesse (urine) C URINES 24 HEURES B+E <input type="checkbox"/> Créatinine <input type="checkbox"/> Protéines <input type="checkbox"/> Électrophorèse prot. Urinaires	URO-GÉNITAL et ITS <input type="checkbox"/> Culture urine C+F <input type="checkbox"/> Mycobactéries urine (BK) X _____ C+F		

CIS2304

Code GRM : 12988696

3.2 UTILISATEURS SOFTWAREPLUS HORS CENTRE HOSPITALIER

Prescription usager C (VERSO)

INFORMATIONS ET CONSIGNES POUR LES PRÉLÈVEMENTS PRESCRITS

- A** **8 heures de jeûne** seulement. Ce jeûne signifie que vous devez vous abstenir de boire et de manger (l'eau en quantité modérée est permise en tout temps, sauf si vous avez des examens en imagerie médicale la même journée). S.V.P., apportez votre insuline ou vos médicaments, vous pourrez les prendre après le prélèvement.
- B** Se procurer les contenants autorisés à votre centre de prélèvement ou auprès de votre médecin. Seuls ces contenants seront acceptés au laboratoire. [Laboratoires - Extranet - CISSS de Chaudière-Appalaches](#)
Lien vers les instructions de collectes des spécimens : [Laboratoires - Extranet - CISSS de Chaudière-Appalaches](#)
- C** Se fait au centre de prélèvements, un contenant vous sera fourni.
- D** **MÉDICAMENTS** : Un délai de 8 à 12 heures doit être respecté entre la prise du médicament et le prélèvement, sauf pour le lithium (délai 12 heures post-dose). **Exemple** : Si votre rendez-vous est à 9 h le matin, prendre votre médication avant 21 h la veille et ne pas la prendre le matin.
- E** **COLLECTE DES URINES DE 24 HEURES** : Au lever, urinez **DANS LA TOILETTE**. Notez l'heure où vous urinez. Recueillez ensuite **CHACQUE** urine jusqu'au lendemain matin à la même heure où vous avez uriné la première fois. **CONSERVEZ le contenant des urines AU FROID pendant toute la collecte. Si le test doit être fait plusieurs jours, utilisez un nouveau contenant à toutes les 24 heures. Par exemple** : Uriner la première fois à 7 h et jeter cette urine. Recueillir toutes les urines jusqu'à 7 h le lendemain matin et conserver cette dernière urine.
- F** **CULTURE URINE** : La première urine du matin est préférable. Sinon, on recommande une urine qui a séjourné 4 heures dans la vessie. Le prélèvement recueilli par mi-jet sera fait sur place. Si l'usager est porteur d'une sonde urinaire, effectuer un changement de sonde avant de faire le prélèvement d'urine.
- G** **SELLES, Détection entéropathogènes par PCR (bactéries, virus, parasites)** : Collecte dans un contenant spécial avec milieu de transport Cary-Blair (liquide rose) pour pathogènes entériques. **Conservez l'échantillon au froid (2 à 8 °C). Apportez vos contenants à votre centre de prélèvement dans les 24-48 heures suivant la collecte.**
- H** **SELLES, Détection de C. difficile et H. pylori** : 1 selle (contenant stérile, aucun milieu de transport). **Conservez l'échantillon au froid (2 à 8 °C). Apportez votre contenant à votre centre de prélèvement dans les 24 heures suivant la collecte.**
- I** **SELLES, Parasites par microscopie** : Collecte dans un contenant spécial avec milieu de transport **pour parasitologie (SAF)** disponible à votre centre de prélèvement. **Apportez vos contenants au centre de prélèvement dans les 72 heures suivant la collecte.**
- J** **CYTOLOGIES URINAIRES ET CYTOLOGIES DES EXPECTORATIONS** : Formulaire particulier : REQUÊTE DE CYTOLOGIE NON-GYNÉCOLOGIQUE (F04-65).
- K** **SPERMOGRAMME** : Le test devrait être fait après 2-3 jours d'abstinence sexuelle. Le matin du test, prendre un échantillon de sperme en éjaculant directement dans le contenant qui vous aura été fourni. **Garder l'échantillon à la chaleur du corps en contact avec la peau (ceinture ou aisselle).** Rapportez l'échantillon **dans l'heure qui suit** au centre de prélèvement **du centre hospitalier**. **Si vous ne pouvez respecter le délai d'une heure, le prélèvement doit être fait sur place.**
- L** **Profil 1^{er} trimestre de grossesse, 10 à 13 semaines SG**: Non à jeun. Ferritine, Formule sanguine, Glucose non à jeun, TSH, Typage-dépistage, VDRL, sérologie rubéole IgG, HBS-AG, anti-HBs (si vaccinée), Hépatite C, VIH, SMU-DCA des urines.
- M** **Profil 3^e trimestre de grossesse, 27 semaines SG et plus** : Ferritine, Formule sanguine, Hyperglycémie provoquée 1 h post 50 g, Typage-dépistage et SMU-DCA des urines.
Prévoir RDV Ig anti-D (WinRho®) prophylaxie 28 semaines SG si requis (Rh négatif).
- N** **PCR Herpès simplex (HSV) site mucocutané** : Utiliser la trousse de prélèvement **MSwab**.
- O** **Test à la dexaméthasone 1 mg** : Se présenter pour 8 h.
- P** **Formulaire banque de sang approprié (pour préleveurs).**
- Q** **L'échantillon doit être conservé à température se situant entre 15 et 30 degrés Celsius.**
- R** **Dépistage trisomies 21-18-13 (≥ 10 semaines SG)**. Formulaire AH-611. À faire idéalement 48h après l'examen de clarté nucale.
- S** Sauf exception, ce test sera transformé en protéine C réactive.

Pour connaître les instructions de prélèvements : <https://www.ciassca.com/extranet/medecins-partenaires-et-professionnels/laboratoires>

Pour consulter notre offre de service et pour prendre rendez-vous en ligne : <https://www.ciassca.com/soins-et-services/vaccination-depistage-et-prelevements/prelevements> ou via ce code QR



Si vous n'avez pas accès à internet, appelez au 1 855 480-8094.

3. EXERCICES PRATIQUES SOFTWAREPLUS

3.2 UTILISATEURS SOFTWAREPLUS HORS CENTRE HOSPITALIER

Prescription usager D REQUÊTE RÉGIONALE POUR TESTS DE LABORATOIRE VERSION MAI 2026						
<small>Société de Cardiologie Appalaches</small> 						
RENSEIGNEMENTS SUPPLÉMENTAIRES AU VERSO : Les lettres situées à droite correspondent à une consigne que vous devez respecter.						
* CHAMPS OBLIGATOIRES : TOUT FORMULAIRE NON CORRECTEMENT IDENTIFIÉ OU ILLISIBLE SERA REJETÉ.						
CODE ID CLINIQUE * : 06900000029 Clinique Test Toubib SAD <input type="checkbox"/> ANNULER REQUÊTES ANTÉRIEURES <input type="checkbox"/>	IDENTIFICATION DE L'USAGER *					
NOM, PRÉNOM PRESCRIPTEUR (EN LETTRES MOULÉES) * : Test Test Med	# Dossier : IZZZ00000210					
SIGNATURE PRESCRIPTEUR * : NO DE PERMIS * : 14842 DATE * : 2026-06-04	NOM, PRÉNOM : Test, Formation					
COPIE DU RAPPORT À (NOM, PRÉNOM ET SPÉCIALITÉ) : _____	Adresse : _____					
RENSEIGNEMENTS CLINIQUES : _____	Téléphone : _____					
PRISE EN CHARGE DU RENDEZ-VOUS DE L'USAGER? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON *PRÉVOIR DÉLAI DE 24-48H POUR TX DE LA REQUÊTE *	RAMQ OU DATE DE NAISSANCE (si usager sans RAMQ) : 2000-01-01					
DÉLAI SOUHAITÉ : (PRÉCISER) < 6 mois <input type="checkbox"/> ÉLECTIF (< 2 MOIS)	Nom et prénom mère : _____					
RÉPÉTER AUX : _____ SEMAINE(S) _____ MOIS _____ ANNÉE(S) DURÉE : _____ SEMAINE(S) _____ MOIS _____ ANNÉE(S)	Sexe : <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Autre					
DATE / HEURE DU PRÉLÈVEMENT : _____ / _____ INITIALE DU PRÉLEVEUR : _____						
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;">BANQUE DE SANG</div> <input type="checkbox"/> Typage-Dépistage (groupe ABO et Rh + recherche d'anticorps irréguliers) P <input type="checkbox"/> TDA – Test direct à l'antiglobuline (Coombs direct) P	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;">BIOCHIMIE</div> <input type="checkbox"/> Acide urique <input type="checkbox"/> Albumine <input type="checkbox"/> Apolipoprotéine B Bilan hépatique (cochez) <input type="checkbox"/> ALT <input type="checkbox"/> Bilirubine <input type="checkbox"/> Gamma GT <input type="checkbox"/> Phosphatase alcaline <input type="checkbox"/> Bilan lipidique (Chol, Trig, HDL, LDL calc.) Si Jeûne: <input type="checkbox"/> 8h <input type="checkbox"/> 12h <input type="checkbox"/> BNP <input type="checkbox"/> NT-proBNP <input type="checkbox"/> Calcium <input type="checkbox"/> Calcium ionisé <input type="checkbox"/> CK <input type="checkbox"/> Co ₂ total – HCO ₃ <input type="checkbox"/> Créatinine <input type="checkbox"/> Électrolytes (Na-K-Cl) <input type="checkbox"/> Glucose non à jeun <input type="checkbox"/> Glucose à jeun A <input type="checkbox"/> Hb glyquée (HbA1c) <input type="checkbox"/> Hyperglycémie provoquée 2h A <input type="checkbox"/> Lipase <input type="checkbox"/> Magnésium <input type="checkbox"/> Phosphore <input type="checkbox"/> Protéine C réactive <input type="checkbox"/> Protéines totales <input type="checkbox"/> Score Fib-4 <input type="checkbox"/> Urée <input type="checkbox"/> Vitamine D (25-OH)	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;">HORMONES</div> <input type="checkbox"/> B-HCG sérique (quantitatif) <input type="checkbox"/> Cortisol (Arrivée avant 8 h) <input type="checkbox"/> FSH <input type="checkbox"/> LH <input type="checkbox"/> Cœstradiol <input type="checkbox"/> Prolactine <input type="checkbox"/> PTH <input type="checkbox"/> Testostérone totale <input type="checkbox"/> Testostérone bio disponible <input type="checkbox"/> TSH (T4L/T3 tot. Réflex selon algorithme) <input type="checkbox"/> Test à la dexaméthasone 1 mg O	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;">COAGULATION</div> Anticoagulant : préciser (obligatoire) <input type="checkbox"/> Aucun <input type="checkbox"/> Coumadin <input type="checkbox"/> HBP <input type="checkbox"/> Autres: _____ <input type="checkbox"/> INR (RIN) <input type="checkbox"/> Temps de céphaline	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;">IMMUNOLOGIE</div> <input type="checkbox"/> ANA <input type="checkbox"/> Anti-CCP <input type="checkbox"/> Anti-TPO <input type="checkbox"/> Anti-transglutaminases <input type="checkbox"/> Facteur rhumatoïde	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;">MICROBIOLOGIE</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;">SÉROLOGIE</div> <input type="checkbox"/> CMV IgG <input type="checkbox"/> CMV IgM <input type="checkbox"/> Monotest <input type="checkbox"/> Parvovirus IgG <input type="checkbox"/> Parvovirus IgM <input type="checkbox"/> Rubéole IgG <input type="checkbox"/> Syphilis <input type="checkbox"/> Toxoplasmose IgG <input type="checkbox"/> Varicelle IgG <input type="checkbox"/> VIH <input type="checkbox"/> Hépatite A, IgM <input type="checkbox"/> Hépatite B ag <input type="checkbox"/> Hépatite B, anti-HBs (vaccin) <input type="checkbox"/> Hépatite B, anti-HBc (core) <input type="checkbox"/> Hépatite C, anti-VHC	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;">SELLES</div> <input type="checkbox"/> C. difficile B+H <input type="checkbox"/> Détection de l'antigène H. pylori H <input type="checkbox"/> Détection entéropathogènes par PCR (bactéries, virus, parasites) B+G <input type="checkbox"/> Parasites par microscopie X 3 B+I (Rens. cliniques obligatoires)
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;">GROSSESSE</div> DPA : _____ <input type="checkbox"/> Bilan Grossesse 1 ^{er} Trimestre L <input type="checkbox"/> Bilan Grossesse 3 ^e Trimestre M <input type="checkbox"/> Hyperglycémie provoquée Grossesse 2 h (75 g) A <input type="checkbox"/> Trisomies 21-18-13 (form. AH-611) R	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;">HÉMATOLOGIE</div> <input type="checkbox"/> Bilan du Fer (inclut cap. fix, % sat, et Ferritine) <input type="checkbox"/> Ferritine <input type="checkbox"/> Folates A <input type="checkbox"/> Vitamine B12 Cocher si : <input type="checkbox"/> Anémie <input type="checkbox"/> Malabsorption <input type="checkbox"/> Malnutrition <input type="checkbox"/> Médicaments <input type="checkbox"/> Trouble neuro-psy <input type="checkbox"/> Neuropathie	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;">EXPECTORATIONS</div> <input type="checkbox"/> Culture bactérienne X _____ B <input type="checkbox"/> Mycobactéries (BK) X _____ B	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;">AUTRES</div> <input type="checkbox"/> Cult. bactérienne Site : _____ <input type="checkbox"/> Gorge (Strepto A) <input type="checkbox"/> Hémocultures X _____ <input type="checkbox"/> Mycose, Site : _____	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;">DIVERS</div> <input type="checkbox"/> Calprotectine fécale <input type="checkbox"/> Cytologie expectorations B+J <input type="checkbox"/> Cytologie urinaire B+J <input checked="" type="checkbox"/> RSOSI Fit test B Spermogramme <input type="checkbox"/> (contrôle post-vasectomie) B+K Date de l'opération _____	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;">AUTRES LABOS</div>	
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;">URINES</div> <input type="checkbox"/> Microalbumine <input type="checkbox"/> Ratio protéine/créatinine urinaires <input type="checkbox"/> Sommaire (SMU) C <input type="checkbox"/> Test de grossesse (urine) C	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;">URINES 24 HEURES B+E</div> <input type="checkbox"/> Créatinine <input type="checkbox"/> Protéines <input type="checkbox"/> Électrophorèse prot. Urinaires	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;">URO-GÉNITAL et ITS</div> <input type="checkbox"/> Culture urine C+F <input type="checkbox"/> Mycobactéries urine (BK) X _____ C+F				