

CODE ID CLINIQUE * : _____ SAD <input type="checkbox"/> ANNULER REQUÊTES ANTÉRIEURES <input type="checkbox"/>		IDENTIFICATION DE L'USAGER *	
NOM, PRÉNOM PRESCRIPTEUR (EN LETTRES MOULÉES) * : _____		# Dossier : _____	
SIGNATURE PRESCRIPTEUR * : _____	NO DE PERMIS * : _____	DATE * : _____	NOM, PRÉNOM : _____
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		RAMQ OU DATE DE NAISSANCE (si usager sans RAMQ) : _____	
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 type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Autre	
DATE / HEURE DU PRÉLÈVEMENT : _____ / _____ INITIALE DU PRÉLEVEUR : _____			
<p>BANQUE DE SANG</p> <input type="checkbox"/> Typage-Dépistage (groupe ABO et Rh + recherche d'anticorps irréguliers) P		<input type="checkbox"/> LDH <input type="checkbox"/> Réticulocytes <input type="checkbox"/> Vitesse de sédimentation	
<input type="checkbox"/> TDA – Test direct à l'antiglobuline (Coombs direct) P		<p>COAGULATION</p> Anticoagulant : préciser (obligatoire) <input type="checkbox"/> Aucun <input type="checkbox"/> Antic.-oraux <input type="checkbox"/> HBPM <input type="checkbox"/> Autres : _____ <input type="checkbox"/> INR (RIN) <input type="checkbox"/> Temps de céphaline	
<p>BIOCHIMIE</p> <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"/> Urée <input type="checkbox"/> Vitamine D (25-OH)		<p>IMMUNOLOGIE</p> <input type="checkbox"/> ANA <input type="checkbox"/> Anti-CCP <input type="checkbox"/> Anti-TPO <input type="checkbox"/> Anti-transglutaminases <input type="checkbox"/> Facteur rhumatoïde	
<p>HORMONES</p> <input type="checkbox"/> B-HCG sérique (quantitatif) <input type="checkbox"/> Cortisol (AM) <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		<p>MICROBIOLOGIE</p> <p>SÉROLOGIE</p> <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	
<p>MARQUEURS TUMORAUX</p> <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		<p>SELLES</p> <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)	
<p>MÉDICAMENTS (D)</p> <input type="checkbox"/> Acide valproïque <input type="checkbox"/> Carbamazépine <input type="checkbox"/> Digoxine <input type="checkbox"/> Lithium <input type="checkbox"/> Phénytoïne		<p>AUTRES</p> <input type="checkbox"/> Cult. bactérienne Site : _____ <input type="checkbox"/> Gorge (Strepto A) <input type="checkbox"/> Hémodultures X _____ <input type="checkbox"/> Mycose, Site : _____	
<p>GROSSESSE</p> 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		<p>DIVERS</p> <input type="checkbox"/> Calprotectine fécale <input type="checkbox"/> Cytologie (formulaire approprié) B+J <input type="checkbox"/> Urine <input type="checkbox"/> Expectoration <input type="checkbox"/> RSOSI Fit test B Spermogramme <input type="checkbox"/> (contrôle post-vasectomie) B+K Date de l'opération _____	
<p>HÉMATOLOGIE</p> <input type="checkbox"/> Folates <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		<p>EXPECTORATIONS</p> <input type="checkbox"/> Culture bactérienne X _____ B <input type="checkbox"/> Mycobactéries (BK) X _____ B	
<p>URINES</p> <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 <p>URINES 24 HEURES B+E</p> <input type="checkbox"/> Créatinine <input type="checkbox"/> Protéines <input type="checkbox"/> Électrophorèse prot. Urinaires		<p>URO-GÉNITAL et ITS</p> <input type="checkbox"/> Culture urine C+F <input type="checkbox"/> Mycobactéries urine (BK) X _____ C+F	

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 00 le matin, prendre votre médication avant 21 h 00 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 CHAQUE 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'utilisateur 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 12 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), VIH, SMU-DCA des urines.
- M** **Profil 3^e trimestre de grossesse, 27 semaines SG et plus** : Ferritine, Formule sanguine, Hyperglycémie provoquée 1h post 50 g, Typage-dépistage, SMU-DCA des urines et VDRL.
- 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 8h
- P** **Formulaire banque de sang approprié (pour préleveurs)**
- Q** **L'échantillon doit être conservé à température se situant entre 15 et 30 degrés Celsius.** Exclusions pour ce test : moins de 25 ans, immunosupprimés, examen anormal - Prendre alors la requête régionale de cytologie gynécologique.
- R** **Dépistage trisomies 21-18-13 (≥ 10 semaines SG).** Formulaire AH-611. À faire idéalement 48h après l'examen de clarté nucale.

Référence au Guide de l'INESSS sur l'usage judicieux de certaines analyses biomédicales :

<https://www.inesss.qc.ca/publications/repertoire-des-publications/publication/usage-judicieux-de-14-analyses-biomedicales.html>

CENTRES DE PRÉLÈVEMENTS DU CENTRE INTÉGRÉ DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE CHAUDIÈRE-APPALACHES,

(plus de détails disponibles aux [Instructions Prélèvements - Extranet - CISSS de Chaudière-Appalaches](#))



Où avoir son
prélèvement

<https://www.cisssca.com/soins-et-services/vaccination-depistage-et-prelevements/prelevements>