

CENTRE-DE PRÉLÈVEMENT : SAD <input type="checkbox"/> ANNULER REQUÊTES ANTÉRIEURES <input type="checkbox"/>		IDENTIFICATION DE L'USAGER *	
NOM, PRÉNOM PRESCRIPTEUR (EN LETTRES MOULÉES) * :		# Dossier :	
CLINIQUE DU PRESCRIPTEUR <u>SI</u> PRESCRIPTEUR EST HORS RÉGION * :		NOM, PRÉNOM :	
SIGNATURE PRESCRIPTEUR * :	NO DE PERMIS * :	Adresse :	
DATE * :		Téléphone :	
COPIE DU RAPPORT À (NOM, PRÉNOM ET SPÉCIALITÉ) :		RAMQ OU DATE DE NAISSANCE (si usager sans RAMQ) :	
RENSEIGNEMENTS CLINIQUES :		Nom et prénom mère :	
DÉLAI SOUHAITÉ : (PRÉCISER) _____ <input type="checkbox"/> ÉLECTIF (< 2 MOIS)		Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Autre	
RÉPÉTER AUX : ____ JOUR (S) ____ SEMAINE (S) ____ MOIS		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) O</p> <p><input type="checkbox"/> TDA – Test direct à l'antiglobuline (Coombs direct) O</p>	<p>BIOCHIMIE</p> <p><input type="checkbox"/> Acide urique</p> <p><input type="checkbox"/> Albumine</p> <p><input type="checkbox"/> Apolipoprotéine B 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</p> <p><input type="checkbox"/> Calcium</p> <p><input type="checkbox"/> Calcium ionisé</p> <p><input type="checkbox"/> Calprotectine fécale</p> <p><input type="checkbox"/> CK</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</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"/> 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>URINES 24 HEURES</p> <p><input type="checkbox"/> Créatinine <input type="checkbox"/> Protéines B+E</p> <p><input type="checkbox"/> Électrophorèse prot. Urinaires B+E</p>	<p>HORMONES</p> <p><input type="checkbox"/> B-HCG sérique (quantitatif)</p> <p><input type="checkbox"/> Cortisol 8h à jeun</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 (T4L/T3 tot. Réflex selon algorithme)</p> <p><input type="checkbox"/> Test à la dexaméthasone 1 mg P</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><input type="checkbox"/> LDH</p> <p><input type="checkbox"/> Vitesse de sédimentation</p> <p><input type="checkbox"/> Vitamine B-12</p> <p>COAGULATION</p> <p>Anticoagulant : préciser (obligatoire)</p> <p><input type="checkbox"/> Aucun <input type="checkbox"/> Antic.-oraux <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><input type="checkbox"/> Culture gonorrhée Site : _____</p> <p><input type="checkbox"/> PCR Chlamydia-gono B</p> <p><input type="checkbox"/> Col/Vagin <input type="checkbox"/> Urètre <input type="checkbox"/> Urine</p> <p><input type="checkbox"/> Rectum <input type="checkbox"/> Gorge <input type="checkbox"/> Autre : _____</p> <p><input type="checkbox"/> PCR Herpès Site : _____ O</p> <p><input type="checkbox"/> Strepto B vaginal anal (grossesse)</p> <p>Allergie pénicilline <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> Sécrétions vaginales</p> <p><input type="checkbox"/> Trichomonas (écouvillon seul)</p> <p>SELLES</p> <p><input type="checkbox"/> Culture B+G</p> <p><input type="checkbox"/> Parasites par PCR B+H</p> <p><input type="checkbox"/> Parasites par microscopie X3 B+I (Rens. cliniques obligatoires)</p> <p><input type="checkbox"/> C. difficile B+H</p> <p>AUTRES</p> <p><input type="checkbox"/> Cult. bactérienne Site : _____</p> <p><input type="checkbox"/> Gorge (Strepto A)</p> <p><input type="checkbox"/> Hémocultures X _____</p> <p><input type="checkbox"/> Mycose, Site : _____</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 2h (75g) A</p> <p><input type="checkbox"/> Test de grossesse C</p> <p><input type="checkbox"/> Trisomie 21 (formulaire approprié) N</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"/> Hélicobacter pylori</p> <p><input type="checkbox"/> Monotest</p> <p><input type="checkbox"/> Parvovirus IgG <input type="checkbox"/> Parvovirus IgM</p> <p><input type="checkbox"/> Rubéole</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 type="checkbox"/> Hépatite B ag</p> <p><input type="checkbox"/> Hépatite B, anti-HBs (vacch)</p> <p><input type="checkbox"/> Hépatite B, anti-HBc (core)</p> <p><input type="checkbox"/> Hépatite C, anti-VHC</p> <p>EXPECTORATIONS</p> <p><input type="checkbox"/> BK :X _____ B</p> <p><input type="checkbox"/> Culture :X _____ B</p> <p>URO-GÉNITAL</p> <p><input type="checkbox"/> BK urine : X _____ C+F</p> <p><input type="checkbox"/> Culture urine C+F</p>	<p>DIVERS</p> <p><input type="checkbox"/> Cytologie (formulaire approprié) B+J</p> <p><input type="checkbox"/> Urine <input type="checkbox"/> Expectoration</p> <p><input type="checkbox"/> Gaz</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><input type="checkbox"/> (test de fertilité) B+K</p> <p>AUTRES</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>

- 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.
- G** **SELLES (CULTURE)** : Collecte dans un contenant spécial avec milieu de transport (liquide rose) pour culture bactérienne. **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, RECHERCHE DE PARASITES PAR PCR ET CLOSTRIDIUM DIFFICILE** : 1 selle (milieu de transport : contenant stérile). **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 préservatif **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** :
- Urinaires : fournir 3 mictions (autres que celles du matin selon la technique mi-jet), 3 jours consécutifs.
 - Expectorations : fournir 3 expectorations (1^{re} à jeun), 3 matins consécutifs.
- K** **SPERMOGRAMME** : Le test devrait être fait après 2-3 jours d'abstinence sexuelle. Le matin du test, prendre un échantillon de sperme en éjectant 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, 0 à 13 semaines** : Non à jeun. Ferritine, Formule sanguine, Glucose non à jeun, TSH, Typage-dépistage, VDRL, sérologie rubéole, HBS-AG, anti-HBs (si vaccinée), VIH, SMU-DCA des urines.
- M** **Profil 3^e trimestre de grossesse, 27 semaines et plus** : À jeun (90 min sans manger avant l'examen). Ferritine, Formule sanguine, Hyperglycémie provoquée 1h post 50 g, Typage-dépistage, SMU-DCA des urines.
Prévoir RDV Ig anti-D (WinRho®) prophylaxie 28 semaines si requis (Rh négatif)
- N** **Dépistage trisomie 21** : 1^{er} prélèvement (10 à 13 6/7 semaines) et 2^e prélèvement (14 à 16 6/7 semaines).
- O** **PCR Herpès simplex (HSV) site mucocutané** : Utiliser la trousse de prélèvement **MSwab**.
- P** **Test à la dexaméthasone 1 mg** : Se présenter pour 8h
- Q** **Formulaire banque de sang approprié (pour préleveurs)**

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](#))