

# Aide-mémoire pour les requêtes externes CISSS Lanaudière - Sud

## Document de référence pour les pharmacies

<p>Centre intégré de santé et de services sociaux de Lanaudière  <b>LABORATOIRES</b>                  Centres de prélèvements                  De la Pinière, de 06 :15 à 14 :00                  3195 Boul. de la Pinière, Terrebonne, local 107                  Meilleur (Iberville), de 06 :15 à 14 :00                  1124, boul. Iberville, Repentigny, local 101                  Prise de RDV directement sur le site Web de Clic Santé :  <a href="http://www.ciasss-lanaudiere.gouv.qc.ca">www.ciasss-lanaudiere.gouv.qc.ca</a> section : prélèvements                  450-752-2772 ou 1-833-991-2663                  Présenter cette feuille et la carte de la RAMQ lors de la prise de sang</p>		<p>Norm à la naissance : Bidon                  Prénom : Joe                  Date de naissance : 1999-99-99                  RAMQ : BIDJ 9999 9999 exp 2055-05                  Téléphone au domicile : 514-555-5555                  Prêlevé par : Marie Curry IPL 55555 Date 2022-07-07 Heure: 09</p>	
<p><b>À JEUN</b> (pendant 8 heures)                  À partir de minuit. Ne pas fumer le matin. Eau permise. La veille, souper léger sans gras</p> <p><input type="checkbox"/> GLU Glucose</p>		<p><b>À JEUN</b> (pendant 12 heures)                  La veille, souper léger sans gras. Eau permise.</p> <p><input type="checkbox"/> CHOL Cholestérol  <input type="checkbox"/> TRIG Triglycérides  <input type="checkbox"/> HDL HDL (et LDL)</p>	
<p><b>BIOCHIMIE</b></p> <p><input type="checkbox"/> CREA Créatinine  <input type="checkbox"/> NA Sodium  <input type="checkbox"/> K Potassium  <input type="checkbox"/> ALT ALT  <input type="checkbox"/> CK CK  <input type="checkbox"/> GGT GGT  <input type="checkbox"/> PALC Phosphatase alcaline  <input type="checkbox"/> BILI Bilirubine totale  <input type="checkbox"/> BILIN Bilirubine néonatale                  Bilirubine # : _____ Lecture _____  <input type="checkbox"/> AURI Acide urique  <input type="checkbox"/> CA Calcium  <input type="checkbox"/> PHOS Phosphore  <input type="checkbox"/> EPRO Électrophorèse des protéines                  Patient anticoagulé ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui                  Info Clinique :  <input type="checkbox"/> ALB Albumine  <input type="checkbox"/> PROT Protéines totales  <input type="checkbox"/> APS APS (PSA)  <input type="checkbox"/> FERR Ferritine  <input type="checkbox"/> CEA CEA  <input type="checkbox"/> HBG Hb glyquée  <input type="checkbox"/> TSH Bilan thyroïdien  <input type="checkbox"/> TPO Ac anti-thyroïdiens  <input type="checkbox"/> FSH FSH  <input type="checkbox"/> LH LH  <input type="checkbox"/> HCG HCG quantitatif  <input type="checkbox"/> NOHDL Non-HDL-cholestérol  <input type="checkbox"/> CORT Cortisol <input type="checkbox"/> AM (à 8h au CLSC)  <input type="checkbox"/> PM (à 16h au HPLC)</p>		<p><b>NON À JEUN</b></p> <p><b>URINES</b></p> <p><input type="checkbox"/> ANUR Analyse de routine  <input type="checkbox"/> TGRD Épreuve de grossesse  <input type="checkbox"/> MALBM Microalbuminurie sur miction  <input type="checkbox"/> MALB Microalbuminurie  <input type="checkbox"/> urines de 24h <input type="checkbox"/> urines nocturnes                  Note à l'usager, voir au verso # 5  <input type="checkbox"/> CLCRE Clearance de la créatinine                  Poids : _____ kg Taille : _____ cm                  Note à l'usager, voir au verso # 4  <b>SELLES</b>  <input type="checkbox"/> RSOSI Recherche de sang occulte par méthode immunologique*  <input type="checkbox"/> SSEL Recherche de sang (Gaiac)*                  Note à l'usager, voir au verso # 3  <b>HÉMATOLOGIE</b>  <input type="checkbox"/> FSC Formule sanguine complète  <input type="checkbox"/> HBHT Numération globulaire  <input type="checkbox"/> RETIC Réticulocytes  <input type="checkbox"/> MONOT Monolest  <input type="checkbox"/> ANA A.N.A.  <input type="checkbox"/> DNA D.N.A.  <b>BANQUE DE SANG</b>  <input type="checkbox"/> GROU Groupe + rech. d'anticorps  <input type="checkbox"/> AGGL Agglutinines froides (37°C)  <input type="checkbox"/> CDIR Coombs direct polyvalent                  Note à l'usager, voir au verso # 7  <b>DÉPISTAGE TRISOMIE</b>  <input type="checkbox"/> TRIS1 Trisomie 21 1<sup>er</sup> cycle (10-13<sup>es</sup> semaines)  <input type="checkbox"/> TRIS2 Trisomie 21 2<sup>e</sup> cycle (14-15<sup>es</sup> semaines) (HCG, Oestrol, AFP et Inhibine A)                  Note à l'usager, voir au verso # 6</p>	
<p><b>NON À JEUN</b></p> <p><b>COAGULATION</b> Obligatoire                  Patient anticoagulé ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui                  Indiquez l'anticoagulant:  <input type="checkbox"/> Coumadin <input type="checkbox"/> Héparine                  Autres, spécifiez : _____  <input type="checkbox"/> FIBRI Fibrinogène  <input type="checkbox"/> PT T. de prothrombine (INR)  <input type="checkbox"/> PTT Temps de céphaline act.  <input type="checkbox"/> COAS Coagulogramme simple (PT, PTT et plaquettes)  <input type="checkbox"/> HEPAR Dosage anti-Xa, (HFFPM)                  type d'héparine _____  <input type="checkbox"/> BITHR Bilan de Thrombose *  <input type="checkbox"/> LUPIQ Anticoagulants circulants *  <input type="checkbox"/> PROTC Protéine C *  <input type="checkbox"/> PROTS Protéine S *  <input type="checkbox"/> ATIII Antithrombine III *  <input type="checkbox"/> PROCA Résist. à la prot. C activée*</p>		<p><b>NON À JEUN</b></p> <p><b>SÉROLOGIE</b></p> <p><input type="checkbox"/> HAV Anti-Hav IgM  <input type="checkbox"/> HBSAG HBs Ag  <input type="checkbox"/> HBSAC Anti-HBs  <input type="checkbox"/> AHBC Anti-HBc  <input type="checkbox"/> HCV Anti-HCV  <input type="checkbox"/> HCVRN HCV RNA (qualitatif)  <input type="checkbox"/> CVHCV Charge virale HCV (quantitatif)                  spécifiez : pré traitement <input type="checkbox"/>                  ou depuis _____ semaines  <input type="checkbox"/> GENHC Génotype HCV  <input type="checkbox"/> HIV VIH (dépiستage)  <input type="checkbox"/> SYPHD Syphilis (dépiستage)  <input type="checkbox"/> RPRT Syphilis (suivi)  <input type="checkbox"/> RUBIE Rubéole IgG (dépiستage)  <input type="checkbox"/> TOXO Toxoplasmose                  précisez <input type="checkbox"/> Dépiستage ou <input type="checkbox"/> IgM  <input type="checkbox"/> GCMV Cytomégalo virus IgG (Dépiستage)  <input type="checkbox"/> MCMV Cytomégalo virus IgM (cas aigu)  <input type="checkbox"/> HERP1 HSV-1 Herpes type 1 IgG  <input type="checkbox"/> HERP2 HSV-2 Herpes type 2 IgG  <input type="checkbox"/> GPARV Parvovirus B-19 IgG (dépiستage)  <input type="checkbox"/> MPARV Parvovirus B-19 IgM (cas aigu)                  Varicelle/zona (dépiستage)  <input type="checkbox"/> VZG  <input type="checkbox"/> VZM Varicelle/zona (cas aigu)  <input type="checkbox"/> EBVCO EBV VCA (Epstein Barr dépiستage)  <input type="checkbox"/> HELI Hélicobacter pylori  <input type="checkbox"/> MYCOM Mycoplasma pneumoniae (IgM)  <input type="checkbox"/> RA RA test (facteur rhumatoïde)  <input type="checkbox"/> ASO Antistreptolysine O</p>	
<p><b>EXAMENS AVEC EXIGENCES PARTICULIÈRES</b></p>			
<p><b>À JEUN</b> (pendant 8 h, ne pas fumer, eau permise)  <input type="checkbox"/> GLU1 Glycémie 1h post 50 g à la 26<sup>ème</sup> semaine de grossesse  <input type="checkbox"/> LACT Épreuve au lactose (2 h)  <input type="checkbox"/> XYLO Épreuve au xylose (2 h)  <b>NON À JEUN</b>  <input type="checkbox"/> COAC Coagulogramme complet (plaquettes, PT, PTT, fibrinogène, FXIII)</p>		<p><b>À JEUN</b> (pendant 8 h, pas fumer, eau permise)  <input type="checkbox"/> GLU2G Hyperglycémie 2h post 75g pour femme enceinte                  Note à l'usager, voir au verso # 1  <input type="checkbox"/> GLU2 Hyperglycémie 2h post 75g                  Note à l'usager, voir au verso # 1  <input type="checkbox"/> GLUPC Glycémie _____hre(s) p.c.  <input type="checkbox"/> 75 g de glucose                  Note à l'usager, voir au verso # 2</p>	
<p><b>NON À JEUN</b></p> <p><input type="checkbox"/> BIMMU Bilan immunodéficience (mardi-mercredi et jeudi)  <input type="checkbox"/> IPSLP Immunophénotype SLP (mardi)  <input type="checkbox"/> CHBA2 Chromatographie de l'Hb (du lundi au vendredi)  <input type="checkbox"/> HB27 HLA B27</p>		<p><b>NON À JEUN</b></p> <p><input type="checkbox"/> AVAL Acide valproïque  <input type="checkbox"/> CARBA Carbamazépine  <input type="checkbox"/> DIGO Digoxine  <input type="checkbox"/> PHENY Dantrolène  <input type="checkbox"/> LI Lithium  <input type="checkbox"/> THEO Théophylline  <input type="checkbox"/> VANCO Vancomycine  <input type="checkbox"/> TOBR Tobramycine                  Doses, dose : _____</p>	
<p><b>OUTRES ANALYSES</b> (À JEUN 8 h, eau permise)                  Au médecin, SVP en caractères d'imprimerie.</p>		<p><b>ADRESSE DE RETOUR</b> (Obligatoire)                  Nom et prénom : Dr Joe Bidon                  Adresse : Pharmacie 123                  555 boul. X                  Code postal : Mascouche                  Téléphone : J01 010                  Tel 555-555-5555 fax 555-555-5554</p>	
<p><b>Signature</b>                  Signature du médecin                  12345                  No de pratique</p>		<p><b>Signature</b>                  Signature du médecin                  2022-07-07                  Date</p>	

Renseignements Obligatoires

Date et heure inscrite par l'usager si c'est un auto-prélèvement.

**SIGNATURE OBLIGATOIRE**  
 (Manuscrite ou électronique)  
 -No de pratique  
 -Date

Inscrire toutes analyses non disponibles sur le formulaire et renseignements cliniques.

Inscrire les coordonnées complètes du prescripteur.