Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke
Québec

ORDONNANCE – ANALYSES EN LABORATOIRE PANNE BIOCHIMIE GÉNÉRALE

*** Champs OBLIGATOIRES. Caractères d'imprimerie seulement. Toute requête mal identifiée, illisible ou non signée sera refusée.**

IMPORTANT, 1 REQUÊTE PAR TUBE PRÉLEVÉ

PRESCRIPTEUR (Responsable du suivi)

*Établissement : CIUSSS de l'Estrie CHUS Fleurimont ☐ Hôtel-Dieu ☐

*Nom du service :

*Adresse :

*Téléphone :

*Télécopieur :

Le nom du service doit être inscrit de façon précise, afin d'éviter toute ambiguïté.

Cette section doit être remplie au complet.

Ne pas oublier l'identification du médecin.

Nom, Prénom : _____ Permis : _____

USAGER

☐ **Double identité vérifiée**

*No assurance maladie (RAMQ) *Expiration No de dossier

*Nom e

*Date d AAAA-M M

Adresse

Ville

Téléphone Nom et prénom de la mère

Inscrire le #RAMQ ou le #dossier.

Inscrire le nom et le prénom au complet.

(Double identification requise)

*INFORMATIONS PRÉLEVEUR

*Date : _____ *Heure :

*Nom, Prénom :

*Provenance :

Section obligatoire à bien remplir, de façon lisible, et au complet.
*Ne pas oublier d'inscrire l'heure.

Clinique des abeilles
AB123

Apposer étiquettes de prélèvement ici

Identification du spécimen – *À remplir par le laboratoire*

 # Softlab : (S'il y a lieu)

 # Attribué par le laboratoire (S'il y a lieu)

Pour le tube :
Inscrire nom et prénom du patient
#RAMQ ou #dossier
Nom et prénom du préleveur au complet avec la date et l'heure (pas d'initiales)

Renseignements cliniques

Réception au laboratoire

Date : _____ Heure : _____

Initiales : _____

ANALYSES

- ☐ Acétaminophène **(ACETA)**
- ☐ Acide urique **(ACURI)**
- ☐ Albumine **(ALB)**
- ☐ ALT (Alanine aminotransférase) **(ALT)**
- ☐ Amylase **(AMYLA)**
- ☐ ALP (Phosphatase alcaline) **(ALP)**
- ☐ AST (Aspartate aminotransféras
- ☐ βHCG quantitative **(HCGB)**
- ☐ Bilirubine totale **(BILIT)**
- ☐ Bilirubine directe (conjuguée) **(BILCO)**
- ☐ Calcium total **(CA)**
- ☐ Chlorure **(CL)**
- ☐ CK (Créatinine kinase) **(CK)**
- ☐ Cortisol AM (8 h) | **(CO08)** | ☐ PM (16 h) **(CO16)**
- ☐ Créatinine (DFGe) **(CREA)**
- ☐ CRP (Protéine C-réactive) **(CRP)**
- ☐ Estradiol **(17BOE)**
- ☐ Fer **(FER1)**
- ☐ Ferritine **(FTIG)**
- ☐ FSH **(FSH)**
- ☐ LH **(LH)**
- ☐ Bilan du fer (Transfer, caP fixation et % sat) **(BILF1)**
- ☐ GGT (Gamma-glutamyl-transférase) **(GGT)**
- ☐ Glucose **(GLU)**
- ☐ LD (Lactate déshydrogénase) **(LD)**
- ☐ Phosphates **(PHOS)**
- ☐ Potassium **(K)**
- ☐ Pré-albumine **(PALB)**
- ☐ Pro-BNP **(NBNP)**
- ☐ Profil lipidique (Trig. Chol. LDL, HDL) **(PRLIP)**
- ☐ Protéines totales **(PROT)**
- ☐ PSA totale **(PSA)**
- ☐ PTH (Hormone parathyroïdienne) **(PTH)**
- ☐ Salicylate **(SALIC)**
- ☐ Sodium **(NA)**
- ☐ Testostérone **(TESTO)**
- ☐ TPO (Anticorps antithyroïdien) **(TPO)**
- ☐ Troponine **(TTROP)**
- ☐ TSH (T3L-T4L selon résultat de la TSH) **(TSH)**
- ☐ Urée **(UREE)**

Cocher les tests souhaités de la liste; sinon les inscrire dans « Autres analyses »

INESSS – Analyse avec justification – renseignement clinique obligatoire

☐ Acide folique **(FOLAT)**

Cocher si ☐Anémie ☐Malabsorption ☐Malnutrition ☐Médicaments ☐Trouble neuro-psy ☐Neuropathie

☐ Vitamine B12 **(B12)**

Cocher si ☐Anémie macrocytaire ☐Symptôme neurologiques inexpliqués ☐Personnes âgées avec des maladies auto-immunes qui reçoivent du méthotrexate

Suivi thérapeutique pharmacologique

Analyse : _____

Dernière prise du médicament (date/heure/dose) :

_____

*SIGNATURE PRESCRIPTEUR

Signature : _____ Date : _____

AUTRES ANALYSES

_____ _____

_____ _____

Inscrire ici les tests qui ne se retrouvent pas dans la liste.

À L'USAGE DU LABORATOIRE

Signature du technologiste : _____ Date / Heure : _____