|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **ORDONNANCE – ANALYSES EN LABORATOIRE**  **\* Champs OBLIGATOIRES. Caractères d’imprimerie seulement. Toute requête mal identifiée, illisible ou non signée sera refusée.** | | | | | | | | | | | | |
| **PRESCRIPTEUR** (Responsable du suivi) | | | | | | **USAGER** | | | | | | |
| \*Établissement :  \*Nom du service :  \*Adresse :  \*Téléphone :  \*Télécopieur :  Permis : | | | | | | | **Double identité vérifiée** | | | | | | |
| \*No assurance maladie (RAMQ) | | | | | \*Expiration AAAA-MM-JJ | No de dossier (hôpital) |
| \*Nom et prénom (naissance) | | | | | | |
| \*Date de naissance  AAAA-MM-JJ | | | | | \*Sexe ⬜ F ⬜ M | |
| Adresse | | | | | | |
| Ville | | | | | | Code postal |
| Téléphone | | | Nom et prénom de la mère | | | |
| **Professionnel à informer (cc) – *À remplir par le prescripteur*** | | | | | | | **Renseignements cliniques** | | | | | | |
| \*NOM, Prénom : | |  | | | | |  | | | | | | |
| \*# pratique : | |  | | | | |
| **\*INFORMATION PRÉLEVEUR** ⬜ **Public** ⬜ **Privé** | | | | | | | | | | | **Apposer**  **étiquette de**  **prélèvement ici** | | |
| \*Date : | |  | | | \*Heure : | | | | | |
| \*Nom, Prénom : | |  | | | | | | | | |
| Tél. : | |  | | | | | | | | |
| \*Lieu du prélèvement : | |  | | | | | | | | |
| ⬜ **STAT** | | **À quelle date le prélèvement est-il souhaité?** | | | | | | | | | | | |
| **ANALYSES** | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | |  | | | | |  | | | | |
|  | | | |  | | | | |  | | | | |
|  | | | |  | | | | |  | | | | |
|  | | | |  | | | | |  | | | | |
|  | | | |  | | | | |  | | | | |
|  | | | |  | | | | |  | | | | |
|  | | | |  | | | | |  | | | | |
|  | | | |  | | | | |  | | | | |
|  | | | |  | | | | |  | | | | |
|  | | | |  | | | | |  | | | | |
|  | | | |  | | | | |  | | | | |
|  | | | |  | | | | |  | | | | |
|  | | | |  | | | | |  | | | | |
|  | | | |  | | | | |  | | | | |
|  | | | |  | | | | |  | | | | |
|  | | | |  | | | | |  | | | | |
|  | | | |  | | | | |  | | | | |
| **LÉGENDES** | | | | | | | | **AUTRES ANALYSES** | | | | | |
| **Jeûne de 8 heures, eau permise**  *8 hours fasting, water permitted* | | | **Jeûne de 12 heures, eau permise**  *12 hours fasting, water permitted* | | | | |  | | | | | |
| **\*SIGNATURE PRESCRIPTEUR** | | | | | | | |
| Répétition : | | | | | | | |
| Signature : | | | | | | Date : | |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| **INFORMATION POUR L’USAGER** |

|  |
| --- |
| **Les prélèvements sont maintenant sur rendez-vous seulement.**  Prenez rendez-vous en ligne sur la plateforme **clicsante.ca**, pour une prise de sang ou tout autre prélèvement. La plateforme est accessible 24/7.  Un service de rendez-vous téléphonique (**sans frais 1 833 255-1995 ou 819 565-4845**) est disponible du lundi au vendredi, entre 8 h et 16 h, à l'exception des jours fériés.  Pour plus d’informations, consultez le site Web :  <https://www.santeestrie.qc.ca/soins-services/pour-tous/prelevements-prises-de-sang/> |

**Lorsque vous vous présentez au centre de prélèvements :**

* Présentez-vous seulement 5 minutes avant l’heure de votre rendez-vous.
* Ayez en main votre numéro de confirmation de rendez-vous, votre carte d’assurance-maladie et votre ordonnance conforme (si votre médecin vous a remis une copie papier).

**Procédures préparatoires pour prises de sang – Questions fréquentes**

* **Si vous avez des analyses demandées à jeun, ne pas manger avant votre prélèvement.**
* **8 heures** pour la glycémie (glucose)
* **12 heures** pour l’hyperglycémie orale provoquée (HGOP) 75 gr glucose
* **12 heures** pour le bilan lipidique

Par contre, il est permis de boire un peu d’eau, ou boire modérément. Vous devez prendre vos médicaments tels que prescrits, à moins de l’avis contraire de votre médecin.

* **Vous devez passer un des tests suivants pour le dépistage du diabète :** les épreuves fonctionnelles (ex. : hyperglycémie orale provoquée). Vous devez appeler au numéro sans frais 1 833 255-1995 ou 819 565-4845 pour prendre votre rendez-vous.
* **Votre médecin vous a prescrit des tests de selles ou d’urine :** vous devez prendre un rendez-vous, pour que le technologiste médical ou l’infirmière des centres de prélèvements puissent vous remettre les contenants et l’information requise pour votre prélèvement.

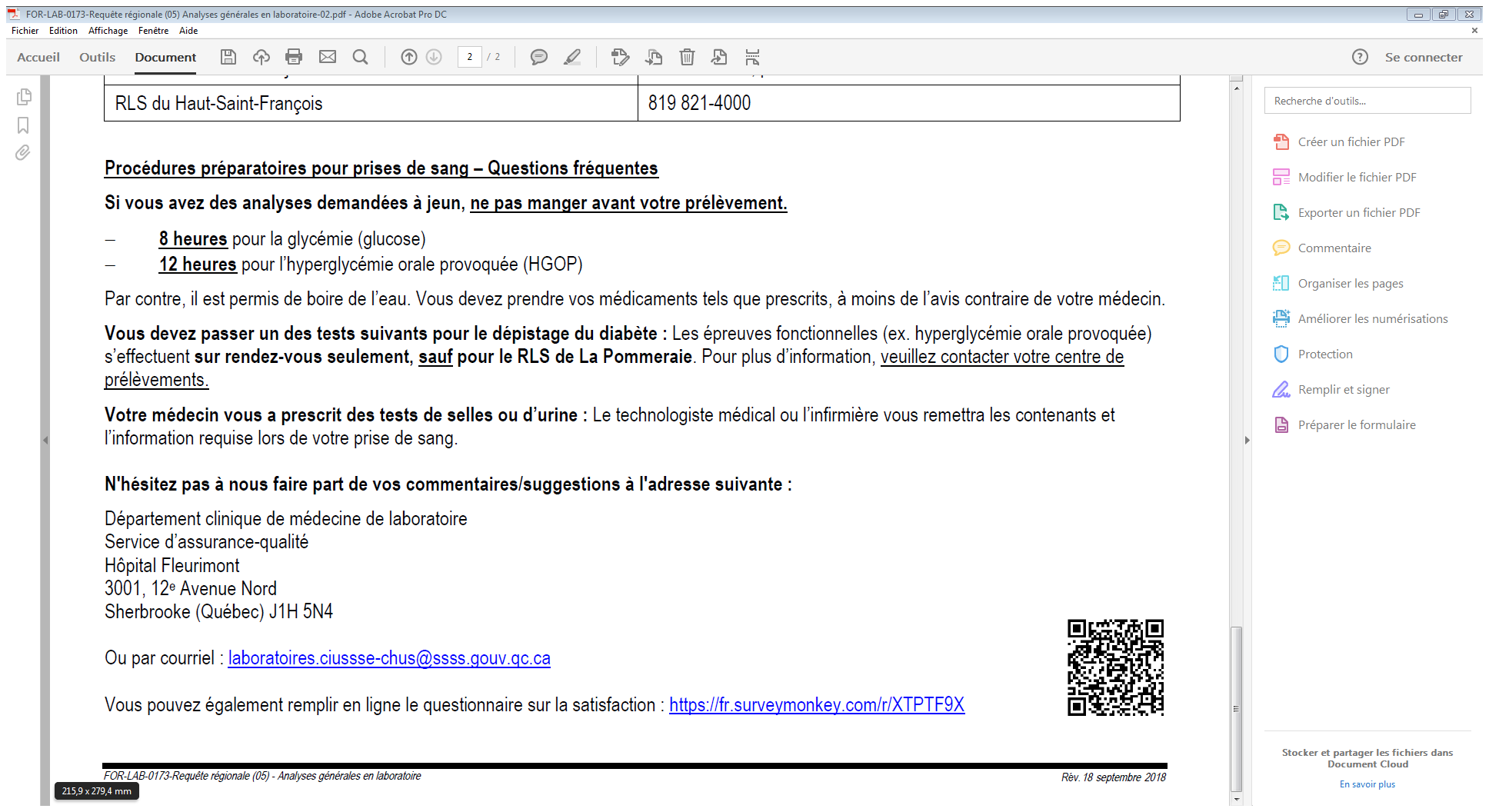
**N’hésitez pas à nous faire part de vos commentaires/suggestions à l’adresse suivante :**

Département de médecine de laboratoire

Service d’assurance-qualité

Hôpital Fleurimont

3001, 12e Avenue Nord

Sherbrooke (Québec) J1H 5N4

Ou par courriel : [laboratoires.ciussse-chus@ssss.gouv.qc.ca](mailto:laboratoires.ciussse-chus@ssss.gouv.qc.ca)

Vous pouvez également remplir en ligne le questionnaire sur la satisfaction : <https://fr.surveymonkey.com/r/XTPTF9X>

FOR-LAB-1871-Ordonnance\_analyses\_laboratoire\_cliniques\_externes-02.docx 2021-10-01