|  |  |
| --- | --- |
|  | **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 : [ ]  Permis : [ ]  Permis : [ ]  Permis : [ ]  Permis : [ ]  Permis : [ ]  Permis : [ ]  Permis : [ ]  Permis : [ ]  Permis :  | [ ]  **Double identité vérifiée** |
| \*No assurance maladie (RAMQ) | \*Expiration AAAA-MM-JJ | No de dossier (hôpital) |
| \*Nom et prénom (naissance) |
| \*Date de naissanceAAAA-MM-JJ | \*Sexe ⬜ F ⬜ M |
| Adresse |
| Ville | Code postal |
| Téléphone | Nom et prénom de la mère |
| **Renseignements cliniques** |
|  |
| **\*INFORMATION PRÉLEVEUR**⬜ **Public** ⬜ **Privé** | **Apposer****étiquette de****prélèvement ici** |
| **Professionnel à informer (cc) – *À remplir par le prescripteur*** |
| \*NOM, Prénom : |  | \*Date :  |  |
| \*# pratique : |  | \*Heure : |  |
| ⬜ **STAT** | \*Nom, Prénom :  |  |
| Tél. : |  |
| \*Lieu du prélèvement : |  |
| **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

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