



Formulaire de demande d'examens de laboratoire

Prescripteur (renseignements obligatoires) Date : _____

Prénom, nom : _____

Adresse : **Clinique :** _____

Institut de Cardiologie de Montréal

5000, rue Bélanger Est, Montréal (Québec) H1T 1C8

Téléphone : **514 376-3330** poste: _____ Télécopieur : 514 593-2567

Signature : _____ N° de permis : _____

Le nom du prescripteur doit être écrit lisiblement sur toute demande ainsi que son n° de permis, sinon la demande sera rejetée.

À l'usage du laboratoire

BIOCHIMIE – SANG	
☐ Alanine aminotransférase (ALT)	ALT
☐ Albumine	ALB
☐ Bilan du fer	BILF1
☐ Bilirubine totale	BILIT
☐ Calcium (Calcium total)	CA
☐ Cortisol, avant 9 h	CO08
☐ Cortisol, après 9 h	COR
☐ Créatine kinase	CK
☐ Créatine kinase MB	CKMB
☐ Créatinine	CREA
☐ Électrolytes	ELEC
☐ Facteur rhumatoïde	RA
☐ Ferritine	FERRI
☐ Glucose J8	GLU
☐ HbA1c (Hémoglobine glyquée)	HBA1C
☐ IgG+IgA+IgM	OIMMU
☐ Lactate déshydrogénase (LDH)	LD
☐ Magnésium	MG
☐ NT-proBNP	NBNP
☐ Phosphatase alcaline (PA) J8	ALP
☐ Phosphate J8	PHOS
☐ Profil lipidique	PRLIP
☐ À jeun 12 heures	☐ Non à jeun
☐ Protéine C réactive	CRPS
☐ Protéines totales	PROT
☐ PSA	APS
☐ Test de tolérance au glucose 2 h	HYPE2
☐ Test de tolérance au glucose 2 h gestationnel	HYPG2
☐ Troponine cardiaque	TTROP ITROP
☐ TSH : Algorithme dépistage	TSH
☐ TSH : suivi	TSH
Prendre votre médicament après le prélèvement	
Sous : ☐ Eltroxin ☐ Synthroid ☐ PTU	
Si oui , heure de la dernière dose : _____	
☐ Urate	ACURI
☐ Urée	UREE
☐ Vitamine B12 J8	B12
Indication clinique obligatoire :	
☐ Autre :	
Il est permis de boire de l'eau en tout temps	

BIOCHIMIE – MÉDICAMENTS	
Prendre votre médicament après le prélèvement	
Date et heure dernière dose :	
_____ / _____ / _____ à _____	
Année / Mois / Jour	Heure
☐ Cyclosporine creux	CYCLC
☐ Digoxine	DIGXN
☐ Mycophénolate	MYCOP
☐ Sirolimus	SIROM
☐ Tacrolimus	TACRO
☐ Autre :	
BIOCHIMIE – URINE / SELLES	
☐ Analyse urinaire complète	ANURI
☐ Clairance de la créatinine 24 h	CLCRE
☐ Créatinine 24 heures	CREUC
Poids _____ Taille: _____	
☐ Microalbumine 24 h	MAPUC
☐ Microalbuminurie miction	MALU
☐ Protéines 24 heures	PRTUC
☐ Protéines miction	PROCR
☐ Sang occulte (RSOSI); selles	RSOSI
☐ Autre :	
CYTOLOGIE	
☐ Urine X 3	
☐ Autre :	
HÉMATOLOGIE	
☐ FSC et différentielle	FSC
☐ Réticulocytes	RETIC
☐ Sédimentation	SEDI
Indication clinique obligatoire :	
☐ Autre :	
COAGULATION	
Anticoagulant : ☐ non ☐ oui*	
Si oui, lequel :	
☐ Coagulogramme (PT-PTT-TT)	CCOAG
☐ Coagulogramme dépistage (PT-PTT)	DCOAG
☐ Dosage anticoagulant	DOSAN
☐ Temps de prothrombine normalisé (PT/INR)	PTRIN
☐ Temps de prothrombine partielle activée (PTT)	PTTNS
☐ von Willebrand bilan	FWW
* Si oui, prendre votre médicament après le prélèvement	
BANQUE DE SANG	
☐ Groupe sanguin	☐ Recherche d'anticorps
☐ Autre :	

MICROBIOLOGIE	
☐ Voies respiratoires inférieures; culture aérobie	CVRI
☐ Gorge, culture	GORGE
☐ Sang; culture (aérobie et anaérobie)	HC
☐ SARM; culture	SARMX
☐ Urine; culture	CURI
☐ Autre :	
MICROBIOLOGIE – SELLES	
☐ Bactérie résistante aux carbapénèmes; culture (dépistage)	BRCAC
☐ ERV; culture	CERV
☐ Ova & parasites; selles; concentration (parasites-selles) microscopie /selles x 3	PARAS
Justification obligatoire :	
☐ Immunosuppression	
☐ Infection à helminthes suspectée	
☐ Infection à Cyclospora suspectée	
☐ Usager immigrant ou réfugié	
☐ Recommandé par microbiologiste	
☐ Si autre, svp utiliser le code PARAT	
☐ Protozoaires entériques; ADN TAAN	PARAT
☐ Selles; culture	SELLE
☐ X1 ☐ X2 ☐ X3	
☐ C. Difficile GDH & toxines; selles	CLOSD
☐ X1 ☐ X2	
SÉROLOGIE	
☐ Helicobacter pylori, IgG	HELIG
☐ Hépatite A (virus), IgG	VHAG
☐ Hépatite A (virus), IgM	VHAM
☐ Hépatite B, Anti-HBc IgM	ACHCM
☐ Hépatite B, Anti-HBs	HBSAC
☐ Hépatite B, HBsAg	HBSAG
☐ Hépatite C, (virus) Hépatite C, Anti VHC totaux	AVHCT
☐ Hétérophile, Ac (mononucléose)	MONO
☐ Oreillons IgG	XOIGG
☐ Rougeole IgG ou Ac totaux	XRIGG
☐ Treponema pallidum, Ac (Syphilis)	SYP
☐ Virus varicelle-zona (herpès) IgG	VZVG
☐ VIH	VIH
☐ Virus de la rubéole, IgG	RUBEO