



**Services de laboratoire
Laboratory Services**

Présentez-vous au bureau d'inscription entre 7 h 30 et 15 h 15, du lundi au vendredi, avec votre carte Santé et ce formulaire.
Report to the registration desk between 7:30 a.m. and 3:15 p.m., Monday to Friday, with your health card and this form.

Remarque : Rendez-vous requis pour le test des gaz artériels.
Remark : Appointment required for arterial blood gas tes.t

Téléphone : 613-632-1111, poste (ext.) 53102

Écrivez en lettres détachées. | **Print information.** Date : _____
Demandeur (nom complet du médecin) : _____
Requestor : (physician' full name) : _____
Copie à (nom complet du médecin) : _____
Copy to (physician's full name) : _____

À USAGE DE L'HÔPITAL SEULEMENT / FOR HOSPITAL USE ONLY

Page 1 sur/of 2

Information clinique / Clinical Information

Biochimie / Biochemistry

- 1 HR Gestational Glucose 50 grams
- 2HR GTT 75 grams (**8 hour fasting**)

- Glucose **1 MINT**
 - 8 hour fasting
 - Random
- Urée (BUN) /Urea (BUN)
- Creatinine
- Electrolytes (Na, K)
- CK

- Phosphatase alc./Alk phosphatase
- Bilirubin total/Total bilibirubin
- GGT
- ALT
- AST **Δ Liver Profile (LFT's)**

- Lipase
- Calcium
- Albumine / Albumin
- Protéines totales / Total Protein
- Magnesium
- Phosphate (PO4)/ Phosphorus (PO4)
- Acide urique / Uric Acid
- Lipid Profile **à jeun/fasting**
 - pas à jeun/no fasting
 - Cholestérol / Cholesterol
 - HDL LDL Non-HDL
 - Triglycerides
- Osmolalité / Osmolality
- Ammoniac / Ammonia (NH3)

- Acetaminophen(e) **1 YELLOW**
- LDH
- Lithium
- Salicylates (ASA)
- Ethanol

- Lactate **1 DARK GREEN**
- Gaz veineux / Venous blood gas
- Calcium ionisé / Ionized Calcium

- ** Gaz artériel / Arterial blood gas***

Immuno-assay

- BNP **1 LAVENDER**

- hs-Tnl / Troponin** **1 DARK GREEN**
- Présentation
- Suivi 3 h Follow-up

- TSH **1 YELLOW**
- FT4
- PSA
- Test de grossesse / Preg.Test
 - Sang / Blood (quant.) Urine (qualitative)
- Digoxin :
- Phénytoin(e) :
- Vancomycin : Pre Post

Urine / Urines

- Urine routine
- Urine microscopique(que)
 - Cylindre/Cast Crystals
- Dépistage de drogues / Drug Screen
- Créatinine urinaire 24h Urine Creat.
- Clairance de / Creatinine Clearance
- Osmolalité urinaire / urine osmolality

Hématologie / Hematology

- FSC-CBC **1 LAVENDER**
(WBC, HGB, Platelets, etc.)
- Retic
- Sédimentation- ESR
- Monotest **1 YELLOW**

Coagulation

- Anticoagulant :** _____
- APTT
- PT / INR
- D-Dimer **1 BLUE**
- Thrombine Time (T.T)

**À L'USAGE DU
LABORATOIRE
SEULEMENT.
NE PAS COUVRIR LA
ZONE OMBRAGÉE NI
RIEN N'Y ÉCRIRE.**

**FOR LABORATORY USE
ONLY.**

**DO NOT COVER THE
SHADED AREA NOR
WRITE IN IT.**

Prélevé par /Taken by : _____

DATE : _____

HEURE/TIME : _____

ROUTINE ASAP STAT

Biochimie (plus fréquents) / Biochemistry (most frequent)

<input type="checkbox"/> Fer / Iron 1 MINT <input type="checkbox"/> TIBC <input type="checkbox"/> Ferritine / Ferritin	<input type="checkbox"/> Électrophorèse de protéines / Serum protein electrophoresis (SPE) 2 YELLOW
<input type="checkbox"/> Acide folique / Folic Acid 1 MINT <input type="checkbox"/> Vit B12	<input type="checkbox"/> Facteur antinucléaire / ANA 1 YELLOW
<input type="checkbox"/> C Reactive Protein (CRP) 1 MINT <input type="checkbox"/> Facteur rhumatoïde / RF	<input type="checkbox"/> Vitamin D 25 1 YELLOW
<input type="checkbox"/> Therapeutic drug. 1 MINT/DRUG Specify : _____ Dernière / Last dose : _____	<input type="checkbox"/> Fibrinogen 1 BLUE
<input type="checkbox"/> Haptoglobine 1 MINT <input type="checkbox"/> Immunoglobuline(e) (IgG, IgM, IgE)	<input type="checkbox"/> PTH 1 LAVENDER
	<input type="checkbox"/> HB A1c 1 LAVENDER
	<input type="checkbox"/> Microalbumin(e) – Random ou /or 24 h URINE

Microbiologie / Microbiology

<input type="checkbox"/> Gorge/Throat/Rapid Strep A (RSA) – 2 écouvillons / swabs <input type="checkbox"/> Culture & antibiogramme. Specimen and site: _____ <input type="checkbox"/> SARM / MRSA (site) : _____ <input type="checkbox"/> Clostridium difficile <input type="checkbox"/> Sang dans les selles/Occult Blood <input type="checkbox"/> Plaie/Wound (site) : _____ <input type="checkbox"/> Vagin/Vagina <input type="checkbox"/> Enceinte/Pregnant <input type="checkbox"/> Col de l'utérus/Cervix <input type="checkbox"/> Aggression sexuelle/Sexual assault <input type="checkbox"/> Dépistage Strep groupe B/Group B strep screen Pour les patients sur antibiotiques, il faut indiquer le(s)quel(s) / For patients on antibiotics, must specify which one(s) : _____	<p>Pour cultures urinaires, indiquez la méthode de collecte. / For urine cultures, specify the collection method.</p> <input type="checkbox"/> Permictionnelle / Midstream <input type="checkbox"/> Cysto <input type="checkbox"/> Sonde mise-enlevé / In & out catheter <input type="checkbox"/> Sonde à demeure / Indwelling catheter <input type="checkbox"/> Autre / Other (Specify) : _____ _____ <input type="checkbox"/> Sang/Blood x 2 <input type="checkbox"/> Expectoration/Sputum
---	--

Autres / Others: