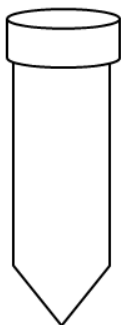


## INSTRUCTION POUR EFFECTUER LE PRÉLÈVEMENT POUR UNE

### ANALYSE D'URINE

(TUBE CONIQUE)



#### Matériel pour effectuer votre prélèvement :

- ✓ 1 tube conique, identifié avec votre nom et votre numéro de RAMQ
- ✓ Eau et savon ou serviette antiseptique (si urine effectuée au CLSC).
- ✓ 1 sac de plastique à deux pochettes (si fait à la maison);
- ✓ 1 verre de plastique jetable.

#### Objectif

Connaitre la procédure d'une collecte urinaire adéquate afin d'obtenir un spécimen conforme pour effectuer un analyse d'urine.

#### Avant de commencer

Il est préférable d'effectuer ce prélèvement le matin (si possible).



Laver vos mains.

#### Procédure de prélèvement



##### Étape 1 : Désinfection la zone urinaire.

Chez la femme : Tout en maintenant les grandes lèvres écartées, nettoyer minutieusement la vulve avec de l'eau et du savon ou une serviette antiseptique, puis essuyez.

Chez l'homme : Rétracter le prépuce du gland et nettoyer minutieusement avec de l'eau et du savon ou une serviette antiseptique, puis essuyez.

##### Étape 2 : Collecter l'échantillon d'urine (mi-jet).

(1) Uriner un peu dans la toilette, (2) recueillir ce qu'il faut dans le verre de plastique et (3) terminer d'uriner dans la toilette.

Particularité pour la femme : Uriner tout en maintenant les grandes lèvres écartées.

Particularité pour l'homme : Uriner tout en maintenant le prépuce du gland rétracté.

##### Étape 3 : Transvider l'urine.

Transvider un échantillon de l'urine contenu dans le verre de plastique dans le tube conique (jusqu'à la ligne de 11 mL ( $\frac{3}{4}$  du tube). Bien fermer le tube.

#### Gérer vos déchets

Jeter l'urine restante dans la toilette et le verre de plastique dans la poubelle.



#### Identifier votre prélèvement

Assurez-vous que votre contenant soit identifié :

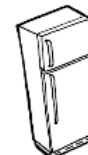
- Nom et prénom complet
- RAMQ (ou dossier du HPLG)

#### Inscrire la date et l'heure

- Inscrire la date et l'heure sur le ou les contenants après le prélèvement.

#### Conservation de votre échantillon

Conserver l'échantillon au réfrigérateur pour un maximum de 4 heures.



**N.B.** Si vous ne pouvez pas la conserver au réfrigérateur, vous disposez d'une heure pour rapporter votre échantillon.

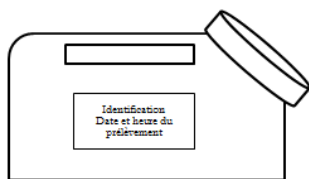
#### Rapporter votre échantillon

- Vous disposez de 4 heures pour rapporter votre échantillon. (Conservé au froid)
- Mettre le tube conique rempli d'urine dans le sac bio hasard dans la partie fermée.
- Rapporter l'échantillon à l'endroit où vous avez obtenu votre trousse. Du lundi au vendredi :
  - o Centre des prélèvements dans les CLSC entre 6H30 et 14H00;
- Apporter avec vous : votre échantillon et votre carte d'assurance maladie.
- Si l'échantillon ne répond pas aux exigences, le spécimen sera à reprendre.



## INSTRUCTION POUR EFFECTUER LE PRÉLÈVEMENT POUR UNE COLLECTE D'URINE DE 24 HEURES

(BIDON)



Pour faire votre prélèvement vous devez avoir :

- ✓ 1 bidon orange identifié à votre nom;
- ✓ 1 plat de plastique;
- ✓ 1 sac de papier brun.

**Attention :** Il est possible que votre contenant contienne un **produit chimique**. En pareil cas :

- une étiquette spéciale sera apposée sur le contenant pour vous en aviser;
- maintenir le contenant **hors de la portée des enfants**;
- Ne **jamais uriner directement dans le contenant** afin d'éviter des éclaboussures. Certains produits de conservation utilisés peuvent causer de graves brûlures.

### Objectif

Connaitre la procédure pour recueillir toutes vos urines pendant une période de 24 heures.

### Avant de commencer

Laver vos mains.



### Procédure

#### Étape 1 : Vider votre vessie dans la toilette

Lorsque vous avez choisi le moment idéal pour commencer (préférable que ce soit le matin), uriner dans la toilette.



#### Étape 2 : Identifier votre bidon.

Immédiatement après l'étape 1, inscrire la date et l'heure sur l'étiquette de la première urine (c'est le **début** de la collecte)

#### Étape 3 : Collecter toutes vos urines.

À partir de ce moment, **toutes les urines** (même celles petites) produites par votre vessie durant cette période de 24 heures doivent être récupérées dans votre bidon. Pour ce faire, à **chaque fois** que vous irez au toilette :

3.1) Récupérer vos urines à l'aide d'un contenant propre;

3.2) Transférer l'urine récupéré dans le contenant dans le bidon.



3.3) Entreposer le bidon entre les collectes et jusqu'à la fin de la collecte dans le réfrigérateur.



3.4) **À la fin exacte de la période de 24 heures** (+/- 15 minutes), même si vous n'en ressentez pas le besoin, **récupérer** votre urine tel que décrit aux étapes 3.1) et 3.2) (c'est la **fin** de la collecte).

### Identification de votre échantillon

Assurez-vous que votre contenant soit identifié :

- Nom et prénom complet
- RAMQ (ou dossier du HPLG)
- Date et heure de début et de fin de la collecte

### Conservation de votre échantillon

Votre bidon doit être conservé **en tout temps** dans le réfrigérateur.



### Notes importantes :

- Si vous **oubliez de récupérer** une urine, ou même juste un peu, dans le bidon, vous devrez **recommencer du début cette procédure de collecte**. Pour ce faire, vous devrez vous procurer un **nouveau bidon propre en retournant au centre des prélèvements ou CHPLG**.

### Rapporter votre échantillon

Vous avez de 48 heures pour rapporter votre bidon.

- Rapporter l'échantillon à l'endroit où vous avez obtenu votre trousse. Du lundi au vendredi :
  - o Centre des prélèvements dans les CLSC entre 06H30 et 14H00;
- Apporter avec vous : votre **échantillon** et votre **carte d'assurance maladie**.
- **Si l'échantillon ne répond pas aux exigences, le spécimen sera à reprendre.**

<p>Centre intégré de santé et de services sociaux de Lanaudière</p> <p><b>Québec</b></p> <p>Hôpital Pierre-Le Gardeur</p> <p><b>LABORATOIRE DE BIOLOGIE MÉDICALE</b></p>	<p><b>BIO-INF-004</b></p>
<p><b>RECHERCHE DE SANG DANS LES SELLES</b> <b>INSTRUCTIONS A REMETTRE AUX PATIENTS</b></p>	<p>Version 005</p>
	<p>Statut : Approuvé</p>

Deux jours avant de procéder aux prélèvements des échantillons de selles et pendant toute la durée de la collecte des échantillons de selles (en général, trois (3) jours de plus), évitez de consommer des quantités importantes de:

- viande rouge, y compris le foie ;
- viande contenant du sang (saucisse, salami, etc.) ;
- agrumes (citron, orange, pamplemousse, etc.) ;
- banane ;
- cantaloup ;
- tomate ou ketchup aux tomates ;
- radis ;
- raifort ;
- navet ;
- chou-fleur ;
- paprika.

Évitez de prendre plus d'une dose (plus d'un comprimé) par jour d'anti-inflammatoires non-stéroïdiens comme l'acide acétylsalicylique (aspirine), l'ibuprofène, l'indométhacine et de naproxen.

**Avant de modifier toute prescription médicamenteuse,  
vous devez toutefois consulter votre médecin.**

Évitez aussi de prendre des suppléments ou des multivitamines contenant de la vitamine C.

<p>Préparé par : Yves Legault</p>	<p>Vérifié par : Daniel Lesiège</p>	<p>Approuvé par : </p>	<p>Date d'entrée en vigueur : 2021-10-22</p>	<p>Page 1 de 2</p>
---------------------------------------	---	---	--	------------------------

<p>Centre intégré de santé et de services sociaux de Lanaudière</p> <p><b>Québec</b></p> <p>Hôpital Pierre-Le Gardeur</p> <p><b>LABORATOIRE DE BIOLOGIE MÉDICALE</b></p>	<p><b>BIO-INF-004</b></p>
<p><b>RECHERCHE DE SANG DANS LES SELLES</b> <b>INSTRUCTIONS A REMETTRE AUX PATIENTS</b></p>	<p>Version 005</p>
	<p>Statut : Approuvé</p>

## PRÉLÈVEMENT D'UN ÉCHANTILLON DE SELLE:

- Identifiez **chacune** des pochettes que l'on vous a remises (une pochette par jour) à l'aide d'un stylo à bille. Indiquez:

- **Vos prénom et nom complets** sur la ligne PATIENT NAME
- **Le numéro complet apparaissant sur votre carte de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ)** sur la ligne STREET
- **La date du prélèvement** sur la ligne SAMPLE COLLECTION DATE

**ATTENTION :** Toutes ces informations sont nécessaires.

- Tirez sur la languette verte pour ouvrir le rabat sur lequel vous avez inscrit votre nom.

Remarquez la présence de deux puits rectangulaires identifiés **A** et **B**.



- Prélevez un échantillon de selle à l'aide du bâtonnet qui vous est fourni avec la pochette, puis étalez cet échantillon sur le puits **A**, **sans déborder du puits**.

Prélevez un second échantillon sur une autre section de votre selle, puis étalez maintenant cet échantillon sur le puits **B**, **sans déborder du puits**.

- Bien fermer le couvercle. Conserver la pochette à la température de la pièce. Ne pas la conserver à proximité d'une source de chaleur ou de produits chimiques (produits de nettoyage, entre autres).

- Vous devez remettre les pochettes à votre centre de prélèvements du lundi au vendredi entre 06H30 et 14H00 dans les dix (10) jours suivant le début de la collecte de vos échantillons de selles.**

Exemple de pochette Hemocult SENSE une fois ouverte

<p><b>Directions</b></p> <p><b>DO NOT USE WITH GASTRIC SPECIMEN</b></p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <p><b>A</b></p>  </div> <div style="text-align: center;"> <p><b>B</b></p>  </div> </div> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Collect small stool sample on one end of applicator stick.</li> <li>• Apply thin smear inside Box A.</li> <li>• Reuse applicator stick to obtain second sample from different part of stool. Apply thin smear inside Box B.</li> <li>• Close cover. Return slide to your doctor or laboratory.</li> </ul>		
<p><b>Protect from heat and light</b></p>	<p><b>Open tab only when ready to use</b></p>	<p><i>in vitro diagnosticum</i></p>
<p><b>DO NOT USE WITH GASTRIC SPECIMEN</b></p>		

Dernière révision le :

Fichier : BIO-INF-004 Instructions aux patients-Recherche de sang dans les selles.doc

Préparé par : Yves Legault	Vérifié par : Daniel Lesiège	Approuvé par : 	Date d'entrée en vigueur : 2021-10-22	Page 2 de 2
-------------------------------	---------------------------------	---	--	----------------



<p>Centre intégré de santé et de services sociaux de Lanaudière</p> <p><b>Québec</b></p> <p>Hôpital Pierre-Le Gardeur</p> <p><b>LABORATOIRE DE BIOLOGIE MÉDICALE</b></p>	<p><b>BIO-INF-021</b></p>
<p><b>HYPERGLYCEMIE PROVOQUEE</b></p>	<p>Version 003</p>
	<p>Statut : Approuvé</p>

### Indications générales :

- Durant les trois (3) jours précédant l'épreuve, le patient ne doit pas restreindre son apport en hydrates de carbone (200 à 300 g/jour).
- Au cours de l'épreuve, le patient doit s'abstenir de fumer ou manger mais peut boire de l'eau. Le patient doit demeurer au repos durant toute l'épreuve.
- A tout moment pendant l'épreuve, si le client rejette la solution ingérée de glucose, l'épreuve est annulée. Remplir le REC-FOR-001.

### Pour l'épreuve de 50 grammes :

- Jeûne non nécessaire
- Administrer per os la solution de 50 g/300mL en 5 minutes
- Prélever un tube à bouchon gris, 1 heure après la fin de l'administration de la solution de glucose

### Pour l'épreuve de 75 grammes :

- Le client doit être à jeun depuis une période de dix (10) heures, mais pas plus de seize (16) heures.
- Effectuer les prélèvements sanguins prescrits et prendre un tube lavande supplémentaire.
- Effectuer une glycémie à l'aide du glucomètre à partir de ce tube lavande. Le résultat de la glycémie doit être  $< 8$  mmol/L, sinon l'épreuve est annulé et remplir le formulaire (REC-FOR-001)
- Administrer per os la solution de 75 g/300mL en 5 minutes
- Prélever un tube à bouchon gris, 2 heures après la fin de l'administration de la solution de glucose.

<p><b>Préparé par :</b> Yves Legault</p>	<p><b>Vérifié par :</b> Daniel Lesiège</p>	<p><b>Approuvé par :</b> Yves Legault</p>	<p><b>Date d'entrée en vigueur :</b> 2009-01-23</p>	<p><b>Page</b> <b>1 de 2</b></p>
--	--	---	---	--------------------------------------

<p>Centre intégré de santé et de services sociaux de Lanaudière</p> <p><b>Québec</b></p> <p>Hôpital Pierre-Le Gardeur</p> <p><b>LABORATOIRE DE BIOLOGIE MÉDICALE</b></p>	<b>BIO-INF-021</b>
<b>HYPERGLYCEMIE PROVOQUEE</b>	Version 003
	Statut : Approuvé

### Pour l'épreuve de 75 grammes chez les femmes enceintes:

- Le client doit être à jeun depuis une période de dix (10) heures, mais pas plus de seize (16) heures.
- Effectuer les prélèvements sanguins prescrits et prendre un tube lavande supplémentaire.
- Effectuer une glycémie à l'aide du glucomètre à partir de ce tube lavande. Le résultat de la glycémie doit être < 8 mmol/L, sinon l'épreuve est annulé et remplir le formulaire (REC-FOR-001)
- Administrer per os la solution de 75 g/300mL en 5 minutes
- Prélever un tube à bouchon gris, 1 heure et 2 heures après la fin de l'administration de la solution de glucose.

### ENFANTS: (3 ans et plus)

1,75 g de glucose par kg poids, soit le volume de Glucodex (75 g / 300 mL) indiqué au tableau ci-contre en fonction du poids de l'enfant en kg.  
Indiquer sur le rapport la quantité de glucose (en g) ingérée par le patient.

<u>kg</u>	<u>mL(g)</u>	<u>kg</u>	<u>mL(g)</u>	<u>kg</u>	<u>mL(g)</u>	<u>kg</u>	<u>mL(g)</u>
10	70 (18)	20	140 (35)	30	210 (53)	40	280 (70)
11	77 (19)	21	147 (37)	31	217 (54)	41	287 (72)
12	84 (21)	22	154 (39)	32	224 (56)	42	294 (74)
13	91 (23)	23	161 (40)	33	231 (58)	43	300 (75)
14	98 (25)	24	168 (42)	34	238 (60)		
15	105 (26)	25	175 (44)	35	245 (61)	Maximum	
16	112 (28)	26	182 (46)	36	252 (63)	300 mL	
17	119 (30)	27	189 (47)	37	259 (65)	de Glucodex	
18	126 (32)	28	196 (49)	38	266 (67)	(75 g de glucose)	
19	133 (33)	29	203 (51)	39	273 (68)		

Dernière révision le : 2018-03-22

Fichier : BIO-INF-021 Hyperglycémie provoquée

Préparé par : Yves Legault	Vérifié par : Daniel Lesiège	Approuvé par : Yves Legault	Date d'entrée en vigueur : 2009-01-23	Page 2 de 2
-------------------------------	---------------------------------	--------------------------------	--	----------------

Section Biochimie, Annexe IV

<p>Centre intégré de santé et de services sociaux de Lanaudière</p> <p><b>Québec</b></p> <p>Hôpital Pierre-Le Gardeur</p> <p><b>LABORATOIRE DE BIOLOGIE MÉDICALE</b></p>	<b>BIO-INF-023</b>
<b>GLYCEMIE DEUX (2) HEURES P.C.</b>	Version 001
	Statut : Approuvé

- Etant donné la difficulté de s'assurer que le patient ingère bien, lors de son repas, l'équivalent de 75 grammes d'hydrates de carbone et étant donné la difficulté de contrôler la durée de ce dernier, le repas est remplacé par l'ingestion d'une solution de glucose.
- Le protocole à suivre pour une glycémie deux (2) heures p.c. est donc celui d'une hyperglycémie provoquée per os, sauf qu'il n'y a qu'une seule prise de sang deux (2) heures après l'ingestion de Glucodex.
- Toutefois lorsque le médecin précise qu'il désire que son patient prenne un repas au lieu du Glucodex, demander au patient de prendre le déjeuner suivant:

125 mL de jus de fruits

2 rôties + beurre ou margarine

30 mL de confitures, miel ou gelée

Oeuf, fromage ou beurre d'arachide  
(facultatif)

Café ou thé + sucre ou lait  
(ou verre de lait)

- Le patient doit consommer en entier ce déjeuner, à l'intérieur d'un délai raisonnable (le plus court possible), et se présenter exactement deux (2) heures après la fin de son repas pour une prise de sang. Au cours des deux (2) heures d'attente, le patient doit demeurer au repos et s'abstenir de fumer ou de manger.
- Indiquer sur le rapport la quantité de glucose en (g) ingérée par le patient ou indiquer si le patient a consommé un repas.

**Dernière révision le : 2018-01-26**

Fichier : BIO-INF-023 Glycémie PC.doc

<b>Préparé par :</b> Yves Legault	<b>Vérifié par :</b> Daniel Lesiège	<b>Approuvé par :</b> Yves Legault	<b>Date d'entrée en vigueur :</b> 2009-01-23	<b>Page</b> <b>1 de 1</b>
--------------------------------------	--	---------------------------------------	--	------------------------------

Section Biochimie, Annexe V

<p>Centre intégré de santé et de services sociaux de Lanaudière</p> <p><b>Québec</b></p> <p>Hôpital Pierre-Le Gardeur</p> <p><b>LABORATOIRE DE BIOLOGIE MÉDICALE</b></p>	<p><b>BIO-INF-024</b></p>
<p><b>ÉPREUVE AU XYLOSE</b></p>	<p>Version 002</p>
	<p>Statut : Approuvé</p>

1. Cette analyse est disponible uniquement les jours de semaine.
2. Le patient doit être à jeun depuis minuit.
3. Il demeure à jeun et au repos (couché ou assis) pour la durée du test.
4. Faire une glycémie capillaire :
  - a) si le résultat est  $< 8,0$  mmol/L, on peut poursuivre le protocole en prélevant un tube de sang (tube à bouchon gris) pour mesurer la glycémie au laboratoire - noter sur le tube "pré-xylose".
  - b) si le résultat de la glycémie capillaire est  $>$  ou  $= 8,0$  mmol/L, on ne poursuit pas plus loin le protocole - l'analyse n'est pas effectuée.
5. Faire une prise de sang (tube à bouchon gris), noter sur le tube : pré-xylose.
6. Faire boire au patient une solution de xylose en 5 ou 10 minutes :
 

ADULTE : 25g de xylose dans 250 mL d'eau.

ENFANTS : 10 mL d'une solution de xylose 5% par kg de poids, jusqu'à un maximum de 25g (500 mL).

N.B. : Cette solution est disponible à la pharmacie.
7. Noter l'heure.
8. Après l'ingestion du xylose, faire boire au patient une égale quantité d'eau, Exemple : 250 mL de solution : 250 mL d'eau.
9. Deux heures après l'ingestion, faire une prise de sang (tube à bouchon gris), noter sur le tube : 2 heures post-xylose.
10. **NOTE : Le prélèvement n'est pas effectué si le patient a vomi ou s'il n'a pas bu complètement la solution de xylose. En pareilles circonstances, l'épreuve est donc à reprendre.**
11. Indiquer sur la requête appropriée le nom complet du patient, son numéro de RAMQ ou de dossier. Cocher l'analyse « Épreuve au xylose » et, pour les enfants, indiquer sur la requête, en g, la quantité de xylose ingérée.

<p><b>Préparé par :</b> Annie Bibeau-Poirier</p>	<p><b>Vérifié par :</b> Daniel Lesiège</p>	<p><b>Approuvé par :</b> Daniel Lesiège</p>	<p><b>Date d'entrée en vigueur :</b> 2011-08-06</p>	<p><b>Page 1 de 2</b></p>
--	--	---	---	-------------------------------

<p>Centre intégré de santé et de services sociaux de Lanaudière</p> <p><b>Québec</b></p> <p>Hôpital Pierre-Le Gardeur</p> <p><b>LABORATOIRE DE BIOLOGIE MÉDICALE</b></p>	<p><b>BIO-INF-024</b></p>
<p><b>ÉPREUVE AU XYLOSE</b></p>	<p>Version 002</p>
	<p>Statut : Approuvé</p>

### MISE EN GARDE :

Il est déconseillé de faire ce test chez un bébé de moins de 6 mois.

Le xylose peut parfois provoquer des nausées, des problèmes gastro-intestinaux (crampes ou diarrhée) qui se résorbent spontanément après quelques heures.


Certains médicaments tels le métoclopramine (antiémétique), le phénobarbital (anticonvulsivant), la néomycine (antibiotique), l'aspirine et l'indométhacine (anti-inflammatoire) peuvent nuire au test et devraient être évités durant les 24 heures qui précède le test.

**Dernière révision le : 2018-01-24**

Fichier : BIO-INF-024 Épreuve au xylose.doc

<b>Préparé par :</b> Annie Bibeau-Poirier	<b>Vérifié par :</b> Daniel Lesiège	<b>Approuvé par :</b> Daniel Lesiège	<b>Date d'entrée en vigueur :</b> 2011-08-06	<b>Page</b> <b>2 de 2</b>
--	--	---	--	------------------------------

Section Biochimie, Annexe VI

 <p>Centre de santé et de services sociaux du Sud de Lanaudière</p> <p><b>LABORATOIRE DE BIOLOGIE MÉDICALE</b></p>	<b>BIO-INF-025</b>
<b>CHOLINESTÉRASES (PSEUDO)</b>	Version 001
	Statut : Approuvé


En plus de compléter la requête **RAPPORTS DIVERS** (606050), veuillez compléter la « Formule de demande pour l'analyse des pseudocholinestérases et la détermination du phénotype » du service de biochimie de l'hôpital Maisonneuve-Rosemont.

SVP, utilisez une photocopie de l'exemplaire de cette formule que vous trouverez à la fin du présent document.

Afin d'obtenir de plus amples informations concernant la pseudocholinestérase, consulter la page 2 du présent document.

<b>Préparé par :</b> Yves Legault, PhD	<b>Vérifié par :</b> Daniel Lesiège MD, MSc	<b>Approuvé par :</b> Yves Legault	<b>Date d'entrée en vigueur :</b> 2009-01-23	<b>Page</b> <b>1 de 3</b>
---	--	---------------------------------------	--	------------------------------



 <p>Centre de santé et de services sociaux du Sud de Lanaudière</p> <p><b>LABORATOIRE DE BIOLOGIE MÉDICALE</b></p>	<b>BIO-INF-025</b>
<b>CHOLINESTÉRASES (PSEUDO)</b>	Version 001
	Statut : Approuvé

## INFORMATIONS RELATIVES À LA PSEUDOCHOLINÉSTÉRASE

La pseudocholinestérase, aussi appelée cholinestérase, est un enzyme qu'on retrouve dans le sang et plus précisément dans le sérum. L'importance de cet enzyme du point de vue médical est surtout en rapport avec l'anesthésie et avec les intoxications causées par la manipulation de certains insecticides.

La cholinestérase est responsable de la dégradation d'un médicament appelé succinylcholine (commerciallement Anectine,...) utilisé comme relaxant musculaire durant l'anesthésie générale. Certaines personnes peuvent cependant réagir de façon anormale à l'injection de ce médicament, en subissant un arrêt respiratoire prolongé et même une paralysie temporaire dûs au fait que le médicament n'est pas dégradé aussi rapidement que normalement.

Les personnes les plus susceptibles de rencontrer de tels problèmes sont habituellement porteuses d'une variété rare (1/2500) de cholinestérase, dite atypique, que l'on peut reconnaître en demandant l'analyse de la cholinestérase et de son phénotype avant l'anesthésie. On rencontre plus fréquemment une cholinestérase dite intermédiaire qui n'occasionne habituellement pas de problèmes au porteur, sauf pour quelques cas particuliers de variantes génétiques ou d'activité totale trop faible de la cholinestérase. Enfin le phénotype le plus souvent rencontré est le phénotype normal qui n'est habituellement pas associé à ces problèmes, à moins de présenter une activité totale faible.

Pour prévenir les complications occasionnées par l'utilisation du relaxant musculaire succinylcholine, il est suggéré que le patient porte une carte ou un bracelet qui avertit l'anesthésiste de l'état de la personne. L'anesthésiste étant familier avec ce problème prendra les mesures qui s'imposent pour le contourner.

Lorsqu'un phénotype anormal est découvert chez une personne, il est recommandé de suggérer aux autres membres de sa famille immédiate de faire analyser leur cholinestérase et son phénotype. Ce dernier est acquis et se transmet de façon héréditaire et les chances sont que d'autres personnes de cette famille puissent également être porteuses et encourir les problèmes qui s'y rattachent.

Pour informations supplémentaires, veuillez me contacter à l'adresse suivant:

Michel Lebrun, Ph.D., C.S.P.Q.  
Département de biochimie  
Hôpital Maisonneuve-Rosemont  
5415, boul de l'Assomption, Montréal, Qué.  
H1T 2M4 tél.: (514) 252-3584

Préparé par : Yves Legault, PhD	Vérifié par : Daniel Lesiège MD, MSc	Approuvé par : Yves Legault	Date d'entrée en vigueur : 2009-01-23	Page 2 de 3
------------------------------------	---	--------------------------------	--	----------------

FORMULE DE DEMANDE POUR L'ANALYSE DES PSEUDOCHOLINESTERASES ET LA  
DETERMINATION DU PHENOTYPE.

(S.V.P. compléter cette formule et la retourner accompagnée de votre réquisition)

INFORMATIONS DEMOGRAPHIQUES

Nom du patient:  
(pour les femmes mariées, ajouter le nom de fille)  
Adresse:  
Téléphone:  
Age:  
Sexe: M \_\_\_\_ F \_\_\_\_  
Date du prélèvement:  
Nom du médecin traitant:

INFORMATIONS CLINIQUES RELATIVES A CETTE DEMANDE D'ANALYSE

☐ le patient a subi une apnée prolongée lors d'une anesthésie.

1. durée de l'apnée:
2. temps de retour à la respiration normale:
3. médicament(s) ayant pu causer cette apnée, (dose administrée):
4. type d'intervention pratiquée:

☐ investigation familiale.

Indiquer

1. le nom des personnes composant cette famille.
2. leur degré de parenté (père, mère, ou fils ou fille de...)
3. les cas ayant subi une apnée prolongée.

☐ vérification des résultats du (date):

☐ autres motifs appuyant cette demande d'analyse:

Fichier : BIO-INF-025 Formulaire pseudocholinestérase.doc

Préparé par : Yves Legault, PhD	Vérifié par : Daniel Lesiège MD, MSc	Approuvé par : Yves Legault	Date d'entrée en vigueur : 2009-01-23	Page 3 de 3
------------------------------------	---	--------------------------------	--	----------------

Section Biochimie, Annexe VII

<p>Centre intégré de santé et de services sociaux de Lanaudière</p> <p><b>Québec</b></p> <p>Hôpital Pierre-Le Gardeur</p> <p><b>LABORATOIRE DE BIOLOGIE MÉDICALE</b></p>	<p><b>BIO-INF-026</b></p>
<p><b>ÉPREUVE DE TOLERANCE AU LACTOSE</b></p>	<p>Version 002</p>
	<p>Statut : Approuvé</p>

### SOLUTION DE LACTOSE:

Demander à la pharmacie de préparer

- pour les adultes, une solution de 50 g de lactose dans 200 mL d'eau.
- pour les enfants, une solution de 2 g de lactose/kg de poids corporel, jusqu'à un maximum de 50 g, dans 200 mL d'eau.

### PROCÉDURE :

1. Le patient est à jeun et le demeure pour la durée du test.
2. Faire une glycémie capillaire :
  - a. Si le résultat est  $< 8,0$  mmol/L, on peut poursuivre le protocole en prélevant un tube de sang (tube à bouchon gris) pour mesurer la glycémie au laboratoire - noter sur le tube "pré-lactose".
  - b. Si le résultat de la glycémie capillaire est  $>$  ou  $= 8,0$  mmol/L, on ne poursuit pas plus loin le protocole - l'analyse n'est pas effectuée.
3. Faire une prise de sang (tube bouchon gris) pour une glycémie à jeun.
4. Faire boire au patient la solution de lactose.
5. Prélever un tube à bouchon gris, 30 minutes, 1 heure et 2 heures **après** l'administration de lactose. Prendre soin de bien identifier chacun des tubes avec le nom complet du patient, son numéro de RAMQ ou de dossier et le **temps du prélèvement**.

**NOTE : Les prélèvements ne sont pas effectués si le patient a vomi ou s'il n'a pas bu complètement la solution de lactose. En pareilles circonstances, l'épreuve est donc à reprendre.**

6. Indiquer sur la requête appropriée le nom complet du patient, son numéro de RAMQ ou de dossier. Cocher l'analyse « Épreuve de tolérance au lactose » et, pour les enfants, indiquer sur la requête, en g, la quantité de lactose ingérée.
7. Un dosage de glucose est effectué sur chacun des tubes.

### RÉFÉRENCE :

Tietz Textbook of Clinical Chemistry, Carl A. Burtis et Edward R. Ashwood, Second edition, 1994, page 1636.

**Dernière révision le :** 2018-01-26

Fichier : BIO-INF-026 Épreuve de tolérance au lactose.doc

<p><b>Préparé par :</b> Annie Bibeau-Poirier</p>	<p><b>Vérfié par :</b> Daniel Lesiège</p>	<p><b>Approuvé par :</b> </p>	<p><b>Date d'entrée en vigueur :</b> 2011-07-06</p>	<p><b>Page</b> 1 de 1</p>
--	---	---	---	-------------------------------

Section Biochimie, Annexe VIII

<p>Centre intégré de santé et de services sociaux de Lanaudière</p> <p><b>Québec</b></p> <p>Hôpital Pierre-Le Gardeur</p> <p><b>LABORATOIRE DE BIOLOGIE MÉDICALE</b></p>	<p><b>BIO-INF-022</b></p>
<p><b>PROTOCOLE DE PRELEVEMENT POUR LE DOSAGE DES AMINOSIDES</b></p>	<p>Version 003</p>
	<p>Statut : Approuvé</p>

## Protocole pour gentamicine, tobramycine et vancomycine

### Posologie conventionnelle :

(Dose aux 8 - 12 h)

Les dosages sont effectués à partir de la 3<sup>ème</sup> dose.

Effectuer deux (2) prélèvements de sang à l'aide de tubes avec gel.

Pré-dose (nadir) :

5 - 10 minutes avant le début de la perfusion.

***Inscrire l'heure et PRÉ-DOSE sur le tube.***

***Faire parvenir au laboratoire dans les 90 minutes suivant le prélèvement avec la requête en précisant sur cette dernière qu'il s'agit d'une CINÉTIQUE.***

Le laboratoire s'attend alors à recevoir un second prélèvement pour un dosage post-dose.

Post-dose (zénith) :

Gentamicine, tobramycine : **60** minutes post fin de la perfusion.

Vancomycine : **90** minutes post fin de la perfusion.

***Inscrire l'heure et POST-DOSE sur le tube.***

***Faire parvenir au laboratoire dans les 90 minutes suivant le prélèvement.***

### Posologie à dose unquotidienne :

(Dose aux 24 ou 36 h)

Le dosage peut être effectué dès la première dose.

Effectuer un seul prélèvement à l'aide d'un tube avec gel,

8 heures post fin de la perfusion (ou 9 heures post début de la perfusion).

***Inscrire l'heure du prélèvement sur le tube.***

***Indiquer sur la requête l'heure du début et de la fin de la perfusion.***

Faire parvenir le plus rapidement possible le tube de sang et sa requête au laboratoire.

Le prélèvement doit être traité sans délai par le laboratoire.

**Dernière révision le : 2018-01-26**

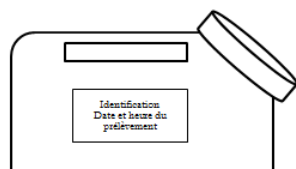
Fichier : BIO-INF-022 Prélèvement dosage des aminosidés.doc

Préparé par : Yves Legault	Vérifié par : Pierre-Jean Maziade	Approuvé par : <i>Annie B.P.</i>	Date d'entrée en vigueur : 2011-02-03	Page 1 de 1
-------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	--	----------------

Section Biochimie, Annexe IX

## INSTRUCTION POUR EFFECTUER LE PRÉLÈVEMENT POUR UNE DOSAGE DE GRAISSE DANS LES SELLES

(BIDON ORANGE)



### Matériel pour effectuer votre prélèvement :

- ✓ 1 bidon orange contenant du méthanol que l'hôpital vous a remis et identifié à votre nom;
- ✓ Facultatif : grand contenant en plastique propre et sec ou pellicule rétractable (Saran Wrap) et cuillère en plastique

### Avant de commencer

Il n'y a pas de diète particulière à suivre si vous prenez au moins 75 grammes (g) de matières grasses par jour (voir tableau ci-bas). Si ce n'est pas le cas, débutez la diète **3 jours avant de commencer** la collecte des selles et poursuivez-la **durant les 3 jours de la collecte**.

Ce tableau donne des valeurs approximatives. Les fruits et les légumes contiennent une quantité négligeable de gras. Les céréales du matin contiennent au plus 4 g de gras par portion.

Produits laitiers		
Lait entier	125 ml	4 mg
Lait 2 %	200 ml	4 mg
Lait au chocolat	200 ml	4 mg
Crème glacée à la vanille	100 ml	5 mg
Fromage (portion individuelle)	21 g	6 mg
Yogourt commercial 1,5 % m.g.	113 g	2 mg
Viandes et substituts		
Viandes, volaille, poisson	60 g	6 g
Saucisse au bœuf grillé (1)		14 g
Steak grillé	200 g	33 g
1 portion de bacon frit		10 g
Œuf moyen	1	5 g
Beurre d'arachide (individuelle)	18 g	10 g
Sauce à la viande pour pâtes	125 ml	5 g
Matières grasses		
Beurre (portion individuelle)	6,5 g	5 g
Margarine (portion individuelle)	7 g	6 g
Sac de chips		16 g
Crème 10 %		4 g
Huile végétale		5 g
Pâtisseries		
Brownies au chocolat		14 g
Carré aux dattes		16 g
Carré aux pommes		12 g
Biscuit aux brisures de chocolat		9 g

Recueillir toutes vos selles pendant une période de 3 jours (72 heures) dans le même contenant avec du méthanol. **La quantité de méthanol est mesurée; il ne faut pas en perdre durant la collecte.**

Si certaines selles ne sont pas recueillies, **notez-le**.

**Ne pas utiliser de papier de toilette** pour prélever vos selles.

Les selles **ne doivent pas** être en contact avec l'urine ni la cuvette de toilette ou encore l'eau de celle-ci.

### Procédure du prélèvement

1. Écrire la date et l'heure de début de la collecte des selles sur l'étiquette collée sur le contenant.

2. Pour chaque collecte :

- Faire vos selles directement dans le grand contenant avec du méthanol que vous aurez placé directement sur la cuvette de toilette;

OU

- Installer solidement une ou deux couches de pellicule rétractable (Saran Wrap) sous le siège de la cuvette de toilette et étendez-les de manière à former une partie plus creuse au centre. Y déposer un contenant en plastique propre et sec et faire vos selles dans ce contenant de plastique. À l'aide d'une cuillère, transférer la totalité des selles dans le contenant avec du méthanol.

- Bien fermer le couvercle

3. À la fin des 72 heures, écrire la date et l'heure de fin de la collecte sur le contenant.

### Identification de votre échantillon

Assurez-vous que votre contenant soit identifié :

- Nom et prénom complet
- RAMQ (ou dossier du HPLG)

### Conservation de votre échantillon

**Durant et après** la collecte, conserver le contenant au réfrigérateur.

### Rapporter votre échantillon

Vous avez **maximum 24 heures** après le prélèvement.

- Rapporter l'échantillon à l'endroit où vous avez obtenu votre trousse. Du lundi au vendredi :
  - Centre des prélèvements dans les CLSC entre 06H30 et 14H00;
- Apporter avec vous : votre **échantillon** et votre **carte d'assurance maladie**.

- Si l'échantillon ne répond pas aux exigences, le spécimen sera à reprendre.

BIO-INF-005

Dernière révision le : 2021-10-22



<p>Centre intégré de santé et de services sociaux de Lanaudière</p> <p><b>Québec</b></p> <p>Hôpital Pierre-Le Gardeur</p> <p><b>LABORATOIRE DE BIOLOGIE MÉDICALE</b></p>	<p><b>BIO-INF-027</b></p>
<p><b>ÉPREUVE DE STIMULATION A L'ACTH</b></p>	<p>Version 002</p>
	<p>Statut : Approuvé</p>

### ÉPREUVE RAPIDE POUR ÉVALUER LA FONCTION SURRÉNALE:

**Protocole à utiliser en absence de directives de la part du médecin qui a prescrit l'épreuve.**

- Concentration basale de cortisol:  
Le patient doit être à jeun depuis la veille (minimum 10 heures).  
Prélever un tube or avec gel, indiquer sur la requête requise et le tube de sang:  
***cortisol pré ACTH.***
- Le patient reçoit une injection I.V. de 250 ug de cosyntrophine (Cortrosyn).
- Prélever un tube or avec gel pour un dosage de cortisol:  
30 minutes après l'injection de cosyntrophine, indiquer sur la requête requise et sur le tube de sang:  
***cortisol 30 min post ACTH.***
- Prélever un autre tube or avec gel pour un dosage de cortisol:  
60 minutes après l'injection de cosyntrophine, indiquer sur la requête requise et sur le tube de sang:  
***cortisol 60 min post ACTH.***

### INTERPRÉTATION:

L'obtention d'un pic sérique en cortisol, dont la concentration est supérieure à 525 nmol/L, de 30 à 60 minutes post 250 ug de cosyntrophine est considérée comme étant une réponse normale.

### RÉFÉRENCE:

Tietz Textbook of Clinical Chemistry and Molecular Diagnostics, Fourth Edition, St-Louis (MO): Elsevier Saunders; 2006.

**Dernière revision le: 2018-01-26**

Fichier : BIO-INF-027 Épreuve de stimulation à l'ACTH .doc

Préparé par : Yves Legault	Vérifié par : Daniel Lesiège	Approuvé par : Yves Legault	Date d'entrée en vigueur : 2009-01-23	Page 1 de 1
-------------------------------	---------------------------------	--------------------------------	--	----------------



<p>Centre intégré de santé et de services sociaux de Lanaudière</p> <p><b>Québec</b></p> <p>Hôpital Pierre-Le Gardeur</p> <p><b>LABORATOIRE DE BIOLOGIE MÉDICALE</b></p>	<p><b>BIO-INF-028</b></p>
<p><b>TECHNIQUE DE PRELEVEMENT POUR L'ANALYSE DES GAZ SANGUINS PAR PONCTION CAPILLAIRE</b></p>	<p>Version 003</p>
	<p>Statut : Approuvé</p>

Chez l'adulte, le sang capillaire artérialisé ressemble beaucoup au sang artériel à condition que la technique de prélèvement soit scrupuleusement suivie. Toutefois, lorsque l'on s'attend à obtenir une  $pO_2$  élevée ou chez les patients ayant une vasoconstriction ou une vasodilatation périphérique anormale, il est préférable d'effectuer la mesure des gaz sanguins sur le sang artériel.

Par contre chez le nouveau-né, il y a beaucoup plus de limitations à utiliser le sang capillaire artérialisé par rapport au sang artériel ou même, dans le cas de la  $pO_2$ , à la mesure transcutanée. Le pH et la  $pCO_2$  ne devraient pas être mesurés sur un prélèvement fait par ponction capillaire dans les premières heures de vie ou lorsque le nouveau-né souffre d'une maladie cardiaque ou respiratoire. La corrélation entre la  $pO_2$  capillaire et artériel est faible au cours des premiers jours de vie.

Il est donc très important d'être conscient de ces limitations pour interpréter les résultats des gaz sanguins obtenus sur du sang capillaire artérialisé.

Une ponction capillaire peut être effectuée, sur le bout du doigt, sur le lobe de l'oreille ou sur le bout des orteils. Le site le plus souvent utilisé à l'HPLG est le bout du doigt. Chez les très jeunes enfants, le talon est utilisé.

## MATERIEL REQUIS

- Un bassin de glace.
- Deux (2) tubes capillaires héparinés en plastique de 140 uL de la Cie Instrumentation Laboratory (IL).
- Quatre bouchons spécifiques aux capillaires de la Cie IL.
- Une lancette stérile B-D (#5752).
- Tampons d'alcool.
- Compresses 2" X 2".
- Diachylon pour identification.

Pour obtenir le matériel requis, s'adresser au service de la distribution centrale.

<p><b>Préparé par :</b> Yves Legault, PhD</p>	<p><b>Vérifié par :</b> Diane Gagnon</p>	<p><b>Approuvé par :</b> Annie Bibeau-Poirier</p>	<p><b>Date d'entrée en vigueur :</b> 2020-01-15</p>	<p><b>Page</b> <b>1 de 5</b></p>
---	--	---	---	--------------------------------------

<p>Centre intégré de santé et de services sociaux de Lanaudière</p> <p>Québec</p> <p>Hôpital Pierre-Le Gardeur</p> <p><b>LABORATOIRE DE BIOLOGIE MÉDICALE</b></p>	<p><b>BIO-INF-028</b></p>
<p><b>TECHNIQUE DE PRELEVEMENT POUR L'ANALYSE DES GAZ SANGUINS PAR PONCTION CAPILLAIRE</b></p>	<p>Version 003</p>
	<p>Statut : Approuvé</p>

## TECHNIQUE

### **N.B. Vous référer à la CDP-PRO-005 Prélèvement par ponction capillaire**

1. Faire l'enregistrement du spécimen dans SoftLab (**Code informatique : GAZC pour un capillaire de prélevé et GAZBB pour les bébés**) Se rendre au chevet du patient avec les étiquettes et suivre la procédure qui suit.
2. **ADULTE:** La ponction du doigt, généralement le majeur, est effectuée au centre de la phalange distale du côté palmaire de la main. Éviter l'extrémité ou les côtés des doigts; à ces endroits les tissus sont moins épais. Les très jeunes enfants ne doivent pas avoir de ponction capillaire sur les doigts, la pointe de la lancette risque d'atteindre l'os.

**TRES JEUNE ENFANT:** La ponction du talon est effectuée sur la surface plantaire, à l'extérieur d'une ligne qui va du gros orteil au talon ou de l'espace entre le 4e et 5e orteil jusqu'au talon (voir illustration à la page suivante). On ne doit pas faire de ponction à la courbure du talon. Un point de ponction ayant servi précédemment ne doit pas être réutilisé.

3. Avant de procéder à la ponction, il est important de réchauffer le site choisi de la ponction afin d'artérialiser le sang capillaire. La façon la plus simple consiste à envelopper, selon le cas, la main ou le pied d'une serviette préalablement humectée à l'aide d'eau chaude du robinet (pas plus de 42 degré °C). Avant d'utiliser la serviette, toujours vérifier que la chaleur de celle-ci soit telle qu'elle ne puisse pas causer de brûlure au patient. Laisser en place entre 5 et 10 minutes avant de procéder au prélèvement. Dès que la serviette est enlevée, procéder au prélèvement.
4. Désinfecter avec un tampon alcoolisé et assécher complètement le site de la ponction avec une compresse sèche.
5. Procéder d'un seul coup à la ponction du site choisi en faisant pénétrer complètement la pointe de la lancette.
6. Essuyer la première goutte de sang qui contient beaucoup de liquide interstitiel. Lorsqu'une deuxième goutte de sang s'est formée :

<b>Préparé par :</b> Yves Legault, PhD	<b>Vérifié par :</b> Diane Gagnon	<b>Approuvé par :</b> Annie Bibeau-Poirier	<b>Date d'entrée en vigueur :</b> 2020-01-15	<b>Page</b> 2 de 5
---	--------------------------------------	---	--	-----------------------

<p>Centre intégré de santé et de services sociaux de Lanaudière</p> <p><b>Québec</b></p> <p>Hôpital Pierre-Le Gardeur</p> <p><b>LABORATOIRE DE BIOLOGIE MÉDICALE</b></p>	<p><b>BIO-INF-028</b></p>
<p><b>TECHNIQUE DE PRELEVEMENT POUR L'ANALYSE DES GAZ SANGUINS PAR PONCTION CAPILLAIRE</b></p>	<p>Version 003</p>
	<p>Statut : Approuvé</p>

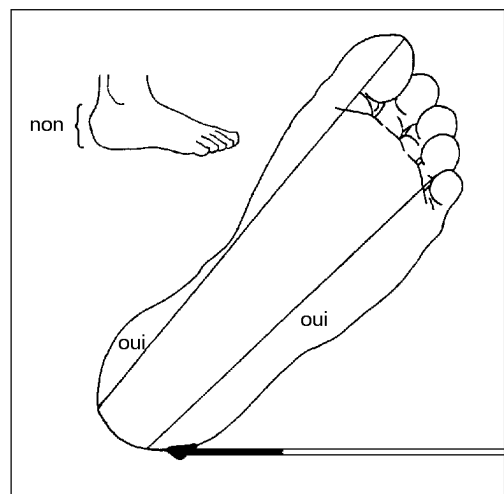
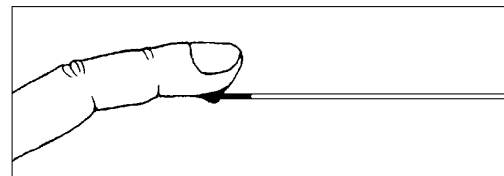
- Entrer une extrémité du tube capillaire à l'intérieur de la goutte.
- Tenir le capillaire à l'horizontale.
- Afin d'augmenter l'afflux de sang, maintenir, selon le cas, la main dirigée vers le bas ou le pied plus bas que le restant du corps et exercer une légère pression près du site de ponction.

Ne pas masser, cela aurait pour effet de provoquer une hémolyse du sang et d'ajouter du liquide interstitiel au sang.

7. Prélever deux capillaires.
8. Remplir complètement de sang un tube capillaire, autant que possible en moins de 30 secondes, sans y introduire de bulles d'air.

**IMPORTANT:**

- Si la goutte de sang s'étale, essuyer avec une compresse sèche, former une autre goutte et poursuivre le prélèvement.
- Pour éviter que la goutte de sang ne s'étale, maintenir la goutte de sang vers le bas comme dans l'illustration appropriée, selon le site de prélèvement utilisé.
- S'il est impossible d'obtenir en 1 ou 2 minutes suffisamment de sang pour remplir un capillaire, procéder à une nouvelle ponction sur un site différent et utiliser un nouveau capillaire.



9. Lorsque le capillaire est plein et toujours en le maintenant à l'horizontale, fermer chacune de ses extrémités à l'aide des bouchons appropriés. Afin d'éviter l'entrée de bulles d'air dans le capillaire, presser fermement le bouchon entre les doigts, puis, tout en y insérant une extrémité du capillaire, relâcher

<p><b>Préparé par :</b> Yves Legault, PhD</p>	<p><b>Vérifié par :</b> Diane Gagnon</p>	<p><b>Approuvé par :</b> Annie Bibeau-Poirier</p>	<p><b>Date d'entrée en vigueur :</b> 2020-01-15</p>	<p><b>Page</b> 3 de 5</p>
---	--	---	---	-------------------------------

<p>Centre intégré de santé et de services sociaux de Lanaudière</p> <p>Québec</p> <p>Hôpital Pierre-Le Gardeur</p> <p><b>LABORATOIRE DE BIOLOGIE MÉDICALE</b></p>	<p><b>BIO-INF-028</b></p>
<p><b>TECHNIQUE DE PRELEVEMENT POUR L'ANALYSE DES GAZ SANGUINS PAR PONCTION CAPILLAIRE</b></p>	<p>Version 003</p>
	<p>Statut : Approuvé</p>


graduellement la pression. Pour éviter que le capillaire se brise au cours de cette opération, le tenir le plus près possible de l'extrémité à fermer.

10. IMPORTANT: Bien mélanger le sang avec l'héparine par une rotation du capillaire entre les doigts pendant une période de 10-15 secondes.
11. Après avoir rempli le premier capillaire, remplir le second en reprenant la procédure à l'étape 8.
12. Lorsque le prélèvement des deux capillaires est terminé, placer une compresse sèche sur le site de la ponction.
13. Identifier les deux spécimens avec les étiquettes « code à barres » de SoftLab.
14. Mettre les deux capillaires dans un sac ziploc ou Biohazard et déposer sur un lit de glace. Identifier le bassin de glace (sac de glace) à l'aide des étiquettes « code à barres » de SoftLab.
15. Les capillaires, maintenus sur glace, sont acheminés le plus rapidement possible au laboratoire de biochimie.

Fichier : BIO-INF-028 Gaz sanguins Ponction capillaire.doc

<p><b>Préparé par :</b> Yves Legault, PhD</p>	<p><b>Vérifié par :</b> Diane Gagnon</p>	<p><b>Approuvé par :</b> Annie Bibeau-Poirier</p>	<p><b>Date d'entrée en vigueur :</b> 2020-01-15</p>	<p><b>Page</b> <b>4 de 5</b></p>
---	--	---	---	--------------------------------------

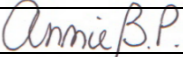
Section Biochimie, Annexe XIII

Centre intégré de santé et de services sociaux de Lanaudière  Hôpital Pierre-Le Gardeur	<b>LABORATOIRE DE BIOLOGIE MÉDICALE</b>	<b>BIO-INF-028</b>
<b>TECHNIQUE DE PRELEVEMENT POUR L'ANALYSE DES GAZ SANGUINS PAR PONCTION CAPILLAIRE</b>		Version 003
		Statut : Approuvé

## HISTORIQUE DU DOCUMENT

Version	Date d'approbation	Auteur, réviseur, approbateur Signature électronique acceptée	Date d'archivage
001	2016-11-03	Auteur : Yves Legault	Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.
		Réviseur : Catherine Morasse	
		Approbateur : Annie Bibeau-Poirier	

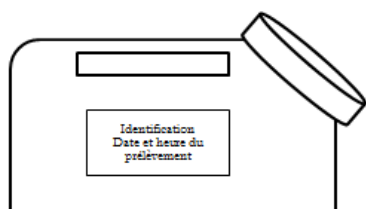
Version	Date d'approbation	Auteur, réviseur, approbateur Signature électronique acceptée	Date d'archivage
002	2019-07-15	Auteur : Yves Legault	Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.
		Réviseur : Catherine Morasse	
		Approbateur : Annie Bibeau-Poirier	
Changements apportés :			

Version	Date d'approbation	Auteur, réviseur, approbateur Signature électronique acceptée	Date d'archivage
003	2020-01-15	Auteur : Yves Legault	Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.
		Réviseur : Diane Gagnon	
		Approbateur : 	
Changements apportés : Page 2, le point 1 Page 4, le point 14			

Préparé par : Yves Legault, PhD	Vérifié par : Diane Gagnon	Approuvé par : Annie Bibeau-Poirier	Date d'entrée en vigueur : 2020-01-15	Page 5 de 5
------------------------------------	-------------------------------	--	--	----------------

## INSTRUCTION POUR EFFECTUER LE PRÉLÈVEMENT POUR UNE COLLECTE D'URINE NOCTURNE

(BIDON)



Pour faire votre prélèvement vous devez avoir :

- ✓ 1 bidon orange identifié à votre nom;
- ✓ 1 plat de plastique;
- ✓ 1 sac de papier brun.

**Attention :** Il est possible que votre contenant contienne un **produit chimique**. En pareil cas :

- une étiquette spéciale sera apposée sur le contenant pour vous en aviser;
- maintenir le contenant **hors de la portée des enfants**;
- Ne **jamais uriner directement dans le contenant** afin d'éviter des éclaboussures. Certains produits de conservation utilisés peuvent causer de graves brûlures.

### Objectif

Connaitre la procédure pour recueillir toutes vos urines pendant une période de nuit.

### Avant de procédure

Laver vos mains.



### Procédure

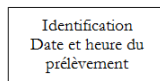
#### Étape 1 : Vider votre vessie dans la toilette

Lorsque vous avez choisi le soir idéal pour vous, uriner dans la toilette.



#### Étape 2 : Inscrire l'heure du début de collecte

Immédiatement après l'étape 1, noter la date et l'heure sur l'étiquette (c'est le **début** de la collecte).



#### Étape 3 : Collecter toutes vos urines.

À partir de ce moment, **toutes les urines** (même celles petites) produites par votre vessie pendant la nuit doivent être récupérées dans votre bidon. Pour ce faire, à chaque fois que vous irez au toilette :

3.1) Récupérer vos urines à l'aide d'un contenant propre;

3.2) Transférer l'urine récupéré dans le contenant dans le bidon.



3.3) Entreposer le bidon entre les collectes et jusqu'à la fin de la collecte dans le réfrigérateur.



3.4) **À la fin de la nuit**, même si vous n'en ressentez pas le besoin, **récupérer** votre urine tel que décrit aux étapes 3.1) et 3.2) (c'est la **fin** de la collecte).

#### Étape 4 : Inscrire l'heure de fin de la collecte

Immédiatement après avoir récupéré la dernière urine de la nuit, noter la date et l'heure sur l'étiquette.

### Identification de votre échantillon

Assurez-vous que votre contenant soit identifié :

- Nom et prénom complet
- RAMQ (ou dossier du HPLG)
- La date et l'heure de début et de fin de la collecte

### Conservation de votre échantillon

Votre bidon doit être conservé en tout temps dans le réfrigérateur.



### Notes importantes :

- Si vous **oubliez de récupérer** une urine, ou même juste un peu, dans le bidon, vous devrez **recommencer du début cette procédure de collecte**. Pour ce faire, vous devrez vous procurer **un nouveau bidon propre en retournant au centre des prélèvements ou CHPLG**.

### Rapporter votre échantillon

Vous avez de **48 heures** pour rapporter votre bidon.

- Rapporter l'échantillon à l'endroit où vous avez obtenu votre trousse. Du lundi au vendredi :
  - o Centre des prélèvements dans les CLSC entre 06H30 et 14H00;
- Apporter avec vous : votre **échantillon** et votre **carte d'assurance maladie**.
- **Si l'échantillon ne répond pas aux exigences, le spécimen sera à reprendre.**



## REQUÊTE GÉNÉTIQUE MOLÉCULAIRE

**Laboratoire Central de Diagnostic Moléculaire** (CLIA #99D1042152)  
OPTILAB-CUSM Génétique  
1001 boul. Décarie, E05.5051, Montréal, QC, H4A 3J1  
Courriel: [molecular.genetics@muhc.mcgill.ca](mailto:molecular.genetics@muhc.mcgill.ca)  
Tel: 514-934-1934 x23383 / x23298 Fax: 514-938-7405

### Médecin prescripteur:

Nom, Prénom: \*

Permis #: \* Institution: \*

Adresse: \*

Courriel: \*

Tel: \* Fax: \*

(Fax pour envoi des résultats)

Conseiller(e)/Infirmier(e):

Tel: Fax:

*Je certifie avoir expliqué au patient/tuteur la nature, les bénéfices, risques et limites des analyses demandées et confirme avoir obtenu son consentement éclairé autorisant ces analyses. J'autorise le laboratoire à télécopier les résultats au numéro indiqué ci-haut.*

Signature: \* Date: \* / /

### Échantillon: \*

Date prélèvement – Heure: \* / / à h min

Prélevé par (Nom, Prénom): \*

☐ 2 x 4 mL de sang (tube EDTA, bouchon violet) – 2 mL pour nouveau-né

☐ ADN: min 10 µg – Source: \*

☐ Liquide amniotique: min 10 mL

☐ Amniocytes cultivés: 2 flacons T25 confluents

☐ Prélèvement des villosités choriales (CVS): min 10 mg

☐ CVS cultivées: 2 flacons T25 confluents

☐ Tissu – Spécifier: \*

☐ Autre – Spécifier: \*

**Voir répertoire pour les spécificités liées à l'analyse demandée:**

<https://cusc.ca/laboratoires-biologie-medicale>

### Réservé au laboratoire:

Date – heure de réception:

/ /

h min

ETIQUETTE DE L'ÉCHANTILLON ICI

Type et nombre de tubes:

Patient #:

Famille #:

ESTAMPILLER CARTE DU PATIENT OU PLACER AUTOCOLLANT ICI

Nom, Prénom: \*

Date de naissance (AAAA-MM-JJ): \* / /

Nom du père:

Nom de la mère:

Dossier patient # (MRN): \*

RAMQ #: \*

*Pour les bébés, SVP fournir le # de RAMQ de la mère*

Sexe: \* ☐ Masculin ☐ Féminin ☐ Inconnu

**Analyse demandée (écrire ci-dessous OU sélectionner choix en page 2 si plus d'une analyse est demandée): \***

### Indication: \*

☐ Confirmation du diagnostic (symptomatique)

☐ Test de porteur (cas non-atteint – atteintes récessives)

☐ Test prédictif (cas non-atteint – atteintes dominantes)

☐ Diagnostic prénatal (échantillon maternel requis)

☐ Réponse médicamenteuse (pharmacogénétique)

☐ Autre – Spécifier: \*

**Raison pour demande d'analyse accélérée (si applicable):**

☐ Grossesse (âge gestationnel: semaines le / / )

☐ Autre raison – Spécifier: \*

### Analyse de variation familiale:

*Joindre une copie du rapport du cas index. Si la variation a été testée par un autre laboratoire que le CMDL, un échantillon d'un membre de la famille chez qui la variation a été identifiée (un contrôle familial positif) est requis.*

Gène (nomenclature HGNC): \*

Variation(s) (nomenclature HGVS): \*

Numéro de famille (CMDL): \*

Nom du cas index: \*

Lien de parenté avec le cas index: \*

### Arbre généalogique / Informations cliniques:

*Dessiner ou joindre un arbre généalogique et inclure les informations cliniques pertinentes.*

Origine ethnique: \*

### Liste de contrôle: \*

☐ Échantillons étiquetés avec au moins deux identifiants \*

☐ Formulaire de requête complété (ce document) \*

☐ Formulaire des critères d'éligibilité (si applicable)

☐ Formulaire de consentement \*

**\*Informations requises. L'analyse ne sera pas effectuée si des informations sont manquantes.**

**Réservé au laboratoire:**

Date – heure de réception:

/ /

h min

ETIQUETTE DE L'ECHANTILLON ICI

Type et nombre de tubes:

Patient #:

Famille #:

ESTAMPILLER CARTE DU PATIENT OU PLACER AUTOCOLLANT ICI

Nom, Prénom:\*

Date de naissance (AAAA-MM-JJ):\*

/ /

Nom du père:

Nom de la mère:

Dossier patient # (MRN):\*

RAMQ #:\*

Pour les bébés, SVP fournir le # de RAMQ de la mère

Sexe:\* ☐ Masculin ☐ Féminin ☐ Inconnu**LISTE DES ANALYSES & MALADIES****SVP, n'utiliser cette page que si plus d'une analyse est demandée**

Pour le diagnostic prénatal et l'analyse de variations familiales, compléter les informations en page 1 (section Analyse de variation familiale).

**Déficit en alpha-1-antitrypsine**☐ Séquençage de *SERPINA1***Sclérose latérale amyotrophique (SLA)**☐ Panel SLA (*SOD1, FUS, TARDBP, C9ORF72, ATXN2*)☐ Expansion de répétitions de *C9ORF72*☐ Expansion de répétitions de *ATXN2***Syndrome d'Angelman / Prader-Willi:** ☐ Angelman ☐ Prader-Willi☐ Méthylation et analyse de délétions/duplications☐ Disomie uniparentale 15 (échantillons parentaux requis)**Dépistage de porteur pour les juifs ashkénazes**☐ Séquençage de *ASPA, ELP1, HEXA* (maladie de Canavan, dysautonomie familiale, maladie de Tay-Sachs)**Maladie de Canavan**☐ Séquençage de *ASPA***Syndrome familial avec prédisposition aux cancers**☐ Panel cancer du sein et de l'ovaire héréditaire☐ Panel néoplasie colorectale héréditaire☐ Panel cancer du pancréas héréditaire☐ Panel cancer de la prostate héréditaire**Fibrose kystique et maladies liées à *CFTR***☐ Séquençage de *CFTR***Dysautonomie familiale**☐ Séquençage de *ELP1***Beta-hémoglobinopathies**Phénotype: ☐ HbS ☐ HbC ☐ HbE ☐ Autre: β-thalassémie: ☐ Majeure ☐ Intermédiaire ☐ Trait/Mineure☐ Séquençage de *HBB***Dyslipidémie héréditaire**☐ Génotypage de *APOE* (dysbétalipoprotéinémie)☐ Séquençage de *LDLR, APOB, PCSK9* (hypercholestérolémie familiale)**Hémochromatose héréditaire**☐ Génotypage de *HFE***Déficit en hexosaminidase A (maladie de Tay-Sachs)**☐ Séquence de *HEXA***Dysplasie ectodermique hidrotique (syndrome de Clouston)**☐ Séquençage de *GJB6***Maladie de Huntington**☐ Expansion de répétitions de *HTT***Infertilité masculine**☐ Microdélétion du chromosome Y**Déficit en MCAD**☐ Séquençage de *ACADM***Acidémie méthylmalonique**☐ Séquençage de *MMACHC***Surdité non syndromique**☐ Panel DFNB1 (séquençage de *GJB2, GJB6*)**Déficit en PAH:** ☐ PKU ☐ Hyperphénylalaninémie☐ Séquençage de *PAH***Pharmacogénétique**☐ Génotypage de *DPYD***Aneuploïdie postnatale**☐ QF-PCR (chromosomes 13, 18, 21, X, Y)**Pour le CUSM (Glen) seulement**☐ Banque ADN (Génétique Médicale seulement)☐ Banque ARN (Génétique Médicale seulement)☐ Analyse de microsatellites (STR):☐ Contamination maternelle (échantillon maternel requis)☐ Test de zygosity☐ Test de concordance d'échantillons☐ Autre test – Spécifier: 

(SVP contacter le laboratoire pour information)



## FORMULAIRE DE CONSENTEMENT POUR ANALYSE GÉNÉTIQUE MOLÉCULAIRE

Date : \_\_\_\_\_  
AAAA/MM/JJ

Je soussigné(e), \_\_\_\_\_, consens par la présente à participer à une analyse pour \_\_\_\_\_, utilisant un test d'ADN. Je permets le prélèvement d'échantillons biologiques sur ☐ moi-même/☐ mon enfant mineur, \_\_\_\_\_, devant être utilisés pour une analyse d'ADN pour la maladie mentionnée ci-haut.

### Je comprends que :

1. Les résultats de cette analyse seront révisés par le professionnel médical du centre universitaire de santé McGill (CUSM) et seront rapportés que par un médecin, une conseillère en génétique ou autre professionnel génétique.
2. Il/elle m'a expliqué le test d'ADN et que son exactitude peut-être moins de 100%.
3. Une erreur dans le diagnostic de l'état de la maladie peut se produire si le lien biologique réel des membres de la famille, passant le test ne sont pas comme je l'ai indiqué. Par exemple, une non-paternité peut être détectée (c'est-à-dire, le nom du père mentionné d'une personne n'est pas le vrai père biologique).
4. Un diagnostic erroné chez un membre d'une famille peut aussi mener à un diagnostic inexact chez d'autres personnes parentes qui passent le test.
5. Les résultats du test sont pour mon utilité seulement, mais ces résultats peuvent être utilisés pour l'interprétation de résultats chez d'autres membres de ma famille sans que mon nom et identité ne soient mentionnés.
6. La participation à une analyse d'ADN est entièrement volontaire.

Cochez conformément

De plus, je comprends que mes résultats peuvent bénéficier autres membres de la famille et je ☐ donne / ☐ ne donne pas la permission de partager mon information génétique avec d'autres membres de la famille.

Si une technologie nouvelle appropriée devenait disponible, je ☐ donne/ ☐ ne donne pas la permission pour que mon échantillon d'ADN / l'échantillon d'ADN de mon enfant soit utilisé dans le futur pour d'autres analyses pour la même condition ou d'autres conditions.

Je ☐ donne/ ☐ ne donne pas la permission pour que mon échantillon d'ADN / l'échantillon d'ADN de mon enfant soit anonymisé et utilisé comme échantillon de contrôle pour la même condition ou d'autres conditions.

Signature : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_  
AAAA/MM/JJ

Témoïn : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_  
AAAA/MM/JJ



## INFORMED CONSENT FOR MOLECULAR GENETIC TESTING

Date: \_\_\_\_\_  
YYYY/MM/DD

I, the undersigned, \_\_\_\_\_, hereby agree to participate in testing for  
\_\_\_\_\_, using a DNA-based test. I give permission to collect  
biological samples from ☐ myself / ☐ my minor child, \_\_\_\_\_,  
to be used for DNA testing for the disease listed above.

### I understand that:

1. The results of this testing will be reviewed by the health care professional staff of the McGill University Health Centre (MUHC) and *will be reported to me only through a physician, genetic counselor, or certified genetics professional.*
2. DNA testing has been explained to me and I understand that the accuracy of the test may be less than 100%.
3. An error in the diagnosis of disease status may occur if the true biological relationships of the family members being tested are different from what I have stated. For example, non-paternity may be detected (that is, the stated father of an individual is not the true biological father).
4. Any erroneous diagnosis in a family member may also lead to an incorrect diagnosis for other related individuals who are being tested.
5. The test results are for my use only, but these results may also be used in the interpretation of results for other members of my family without my name and identity being mentioned.
6. Participation in DNA testing is completely voluntary.

Check as appropriate

In addition, *I understand that my results may enable other family members to benefit from genetic testing.* I ☐ give /  
☐ do not give my consent to share my genetic information with other family members.

*Should appropriate new technology become available, I ☐ give/ ☐ do not give permission for my DNA sample/my child's DNA sample to be used in the future for further testing for the same condition or other conditions.*

*I ☐ give/ ☐ do not give permission for my DNA sample/my child's DNA sample to be anonymized and used as a control sample for the same condition or other conditions.*

Signature: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_  
YYYY/MM/DD

Witnessed by: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_  
YYYY/MM/DD

## Tableau des allergènes disponibles au CHUM

( Allergènes alimentaires, environnementaux et moléculaires)

### Code de couleur:

Blanc: Fait au CHUM

Gris: Non disponible au CHUM (fait au CHU de Québec)

Allergène	Code	Procédure
ABEILLE DOMESTIQUE (Venin)	i1	30286
ABRICOT	F237	30287
ACACIA SSP (Gomme Arabique)	F297	30287
ACARIEN (Dermatophagoide farinae) (Mites)	D2	30286
ACARIEN (Dermatophagoide pteronyssinus) (Mites)	D1	30286
ACREMONIUM KILIENSE (CEPHALOSPORIUM)	M202	30287
AGROSTIDE	G9	30287
AIL	F47	30286
ALPHA-LACTALBUMINE (nBos d4 alpha-lactalbumine)	F76	30286
ALTERNARIA TENIUS (Moisissures)	M6	30286
AMANDE	F20	30286
AMBROISIE À ÉPI GRÊLE	W2	30287
AMOXICILLOYL	C6	30287
AMPICILLOYL	C5	30287
ANANAS	F210	30287
ANCHOIS	F313	30287
ANETH	F277	30287
ANIS	F271	30287
Ara h1	F422	à définir
Ara h2	F423	à définir
Ara h3	F424	à définir
Ara h9 LTP	F427	à définir
ARACHIDES	F13	30286
ARMOISE COMMUNE	W6	30287
ASPERGE	F261	30287
ASPERGILLUS FUMIGATUS ( IgE Spécifique) (Moisissures)	M3	30286
ASPERGILLUS NIGER ( IgE Spécifique) (Moisissures)	M207	30287
AUBERGINE	F262	30287
AULNE	T2	30287
AVOCAT	F96	30287
AVOINE	F7	30286
BANANE	F92	30287

BASILIC	F269	30287
Bet v 1	T215	à définir
Bet v 2 Profiline	T216	à définir
BÊTA-LACTOGLOBULINE (nBos d5 bêta-lactoglobuline)	F77	30286
BETTERAVE	F319	30287
BLANC D'ŒUF	F1	30286
BLÉ	F4	30286
BLEUET	F288	30287
BŒUF (Viande)	F27	30286
BOULEAU	T3	30286
BROCOLI	F260	30287
CACAO (chocolat)	F93	30287
CAFÉ	F221	30287
CALMAR	F258	30287
CANARD (Plumes)	E86	30287
CANARI (Plumes)	E201	30287
CANDIDA ALBICANS	M5	30287
CANNEBERGE	F341	30287
CANNELLE	F220	30287
CARDAMONE	F267	30287
CARI	F281	30287
CAROTTE	F31	30286
CAROUBE	F296	30287
CASÉINE (nBos d8 caséine)	F78	30286
CÈDRE	T17	30287
CEFACLOR	C7	30287
CÉLERI	F85	30286
CERISE	F242	30287
CHAMPIGNON	F212	30287
CHAT (Squames)	E1	30286
CHATAIGNE	F299	30287
CHÊNE	T7	30287
CHEVAL (Squames)	E3	30286
CHÈVRE (Épithélium)	E80	30287
CHIEN (Squames)	E5	30286
CHILI (PIMENT)	F279	30287
CHOU	F216	30287
CHOU-FLEUR	F291	30287
CHOUX de Bruxelles	F217	30287
CITRON	F208	30287
CITROUILLE (GRAINE)	F226	30287
CLADOSPORIUM HEBARUM (Moisissures)	M2	30286
CLÉMENTINE (Mandarine - Tangerine)	F302	30287
CLOU GIROFLE	F268	30287
COBAYE (Épithélium)	E6	30287
CONALBUMINE (nGal d3 conalbumine)	F323	à définir
CONCOMBRE	F244	30287
COQUERELLE	i6	30287
Cor a 1 (Noisette)	F428	à définir



Cor a 14 (Noisette)	F439	à définir
Cor a 8 LPT (Noisette)	F425	à définir
Cor a 9 (Noisette)	F440	à définir
CORIANDRE	F317	30287
CRABE	F23	30286
CREVETTE	F24	30286
CUMIN	F265	30287
DACTYLE PELOTONNÉ (Graminée)	G3	30287
DATTE	F289	30287
der p 10 Tropomyosine; Acarien maison; Dermatophagoïdes Pteronyssinus	D205	à définir
DERMATOPHAGOIDE MICROCERAS (Acarien)	D3	30287
DINDE (Plumes)	E89	30287
DINDE (Viande)	F284	30287
ÉPEAUTRE	F124	30287
ÉPINARD	F214	30287
ÉRABLE	T1	30287
ÉRABLE FAUX PLATANE	T11	30287
ESCARGOT	F314	30287
ESTRAGON	F272	30287
EUROGLYPHUS MAYNEI (Acarien)	D74	30287
FARINE SARRAZIN	F11	30287
FENOUIL	F276	30287
FÉTUQUE DES PRÉS (Graminée)	G4	30287
FEUILLE DE LAURIER	F278	30287
FÈVE de LIMA	F182	30287
FIGUE	F328	30287
FLÉTAN	F303	30287
FOURMIS ROUGE	i70	30287
FRAISE	F44	30287
FRAMBOISE	F343	30287
FRELON À FACE BLANCHE (Venin)	i2	30286
FRELON JAUNE (Venin)	i5	30286
FRÊNE BLANC	T15	30287
FROMAGE CHEDDAR	F81	30287
FRUIT DE LA PASSION	F294	30287
FURET (ÉPITHÉLIUM)	E217	30287
GÉLATINE	C74	30287
GENÉVRIER	T6	30287
GINGEMBRE	F270	30287
GLUTÈNE	F79	30287
Gly m 4 PR-10 (Soya)	F353	à définir
Gly m 5 (bêta-conglycinine; Soya)	F431	à définir
Gly m 6 (Glycinine; Soya)	F432	à définir
GOMME DE GUAR (agar)	F246	30287
GOMME TRAGACANTHE	F298	30287
GRAINE DE LIN	F333	30287
GRAINE DE LUPIN	F335	30287
GRAINE DE PAVOT	F224	30287
GRAINE DE SÉSAME	F10	30286

GRAINE DE TOURNESOL	K84	30286
GUÊPE (Poliste) (Venin)	i4	30286
GUÊPE DE L'EST JAUNE	i3	30286
Gulf Flounder	F147	30287
H. AMBROISIE TRILOBÉE	W3	30287
HAMSTER (Épithélium)	E84	30287
HARENG	F205	30287
HARICOT BLANC	F15	30287
HARICOT ROUGE	F287	30287
HARICOT VERT	F315	30287
HELMINTHOSPORIUM HALODES (moisissure)	M8	30287
HERBE À POUX (Herbacée)	W1	30286
HÊTRE	t5	30287
HOMARD	F80	30286
HOUBLON CÔNE	F324	30287
HUÎTRE	F290	30287
ISOCYANATE TDI (Allergène Professionnel)	K75	30287
IVRAIE (Graminée)	G5	30287
JAUNE D'ŒUF	F75	30286
Jug r 1 (Noix de Grenoble)	F441	à définir
Jug r 3 LTP (Noix de Grenoble)	F442	à définir
KIWI	F84	30286
LAIT DE CHÈVRE	F300	30287
LAIT DE VACHE	F2	30286
LAITUE	F215	30287
LANGOUSTE	F304	30287
LAPIN (Épithélium)	E82	30287
LAPIN viande	F213	30287
LAPIN (Urine)	E211	30287
LATEX (Allergène Professionnel)	K82	30286
LENTILLE	F235	30287
LEPIDOGLYPHUS DESTRUCTOR (Acarien)	D71	30287
LEVURE (BIÈRE)	F45	30287
MAÏS	F8	30286
Mal d 1 PR-10 (Pomme)	F434	à définir
Mal d 3 LTP (Pomme)	F435	à définir
MALT	F90	30287
MANGUE	F91	30287
MAQUEREAU	F206	30287
MARJOLAINE	F274	30287
MELON (Miel, Cantaloup)	F87	30287
MELON D'EAU (Pastèque)	F329	30287
MENTHE	F332	30287
MIEL	F247	30287
MILLET	F55	30287
MORUE	F3	30286
MOULE BLEUE	F37	30286
MOUSTIQUE	i71	30287
MOUTARDE	F89	30287

MOUTON (Lait)	F325	30287
MOUTON (Viande)	F88	30287
MOUTON (Épithélium)	E81	30287
MUCOR RACEMOSUS (moisissure)	M4	30287
MÔRE	F211	30287
nGal- alpha-1,3 (α-Gal) Thyroglobuline, bovin	o215	à définir
NOISETIER	T4	30287
NOISETTE	F17	30286
NOIX DE CAJOU	F202	30286
NOIX DE COCO	F36	30286
NOIX DE GRENOBLE	F256	30286
NOIX DE MACADAM	F345	30287
NOIX de MUSCADE	F282	30287
NOIX DE PACANE	F201	30286
NOIX DU BRÉSIL	F18	30286
NOYER	T10	30287
OIE (Plumes)	E70	30287
OIGNON	F48	30287
OLIVE NOIRE	F342	30287
OLIVIER EUROPÉEN	T9	30287
ORANGE	F33	30287
ORGE farine	F6	30286
ORIGAN	F283	30287
ORME	T8	30287
OVALBUMINE (nGal d2 ovalbumine)	F232	30286
OVOMUCOÏDE (nGal d1 ovomucoïde)	F233	30286
OXYDE ÉTHYLÈNE	K78	30287
PALOURDE	F207	30287
PAMPLEMOUSSE	F209	30287
PAPAYE	F293	30287
PAPRIKA (Piment Doux)	F218	30287
PATURIN DES PRÉS (Graminée)	G8	30287
PÊCHE	F95	30287
Pen a1 Tropomysine (Crevette)	F351	à définir
PÉNICILLINE G	C1	30286
PÉNICILLINE V	C2	30286
PÉNICILLIUM FREQUENTANS	M209	30287
PÉNICILLIUM NOTATUM	M1	30286
PERROQUET (Plumes)	E213	30287
PERRUCHE (Plumes)	E78	30287
PERSIL	F86	30287
PETITE BARDANE (Lampourde)	W13	30287
PÉTONCLE	F338	30287
PEUPLIER	T14	30287
Phl p1 (Phléole des prés)	G205	à définir
Phl p12 (Phléole des prés)	G212	à définir
Phl p5b (Phléole des prés)	G213	à définir
PHLÉOLE DES PRÉS (Graminée)	G6	30287
PIGNON DE PIN	F253	30287

PIN BLANC	T16	30287
PISSENLIT (Herbacée)	W8	30287
PISTACHE	F203	30286
PLANTAIN LANCÉOLÉ (Herbacée)	W9	30287
POIRE	F94	30287
POIS	F12	30286
POIS CHICHE	F309	30287
POIVRE NOIR	F280	30287
POIVRE VERT	F263	30287
POMME	F49	30286
POMME DE TERRE	F35	30287
PORC (Épithélium)	E83	30287
PORC (Viande)	F26	30287
POULET (Viande)	F83	30287
POULET (Plumes)	E85	30287
POULPE	F59	30287
POUSSIÈRE DE MAISON (Lab. Greer)	H1	30286
POUSSIÈRE DE MAISON (Lab. Hollister-Stier)	H2	30287
Pru p 1 (Pêche)	F419	à définir
Pru p 3 (Pêche)	F420	à définir
Pru p 4 (Pêche)	F421	à définir
PRUNE	F255	30287
RAISIN	F259	30287
rAra h8 PR-10	F352	à définir
RAT (Épithélium + Protéines sériques + Protéines urinaires)	E87	30287
RAT (Épithélium)	E73	30287
RAT (Urine)	E74	30287
RHIZOPUS NIGRICANS	M11	30287
RIZ	F9	30286
ROSELIN (Plumes)	E214	30287
SARDINE	F61	30287
SAULE	T12	30287
SAUMON	F41	30286
SEIGLE	F5	30286
SOLE	F337	30287
SORGHO D'ALEP	G10	30287
SOURIS	E88	30287
SOURIS (Épithélium)	E71	30287
SOURIS (Urine)	E72	30287
SOYA	F14	30286
SPERME (IgE Spécifique)	o70	30287
TAON	i204	30287
THÉ	F222	30287
THON	F40	30286
THYM	F273	30287
TILIAPIA	F414	30287
TILLEUL	T208	30287
TOMATE	F25	30287
Tri a 19 Omega-5 Gliadine (Blé)	F416	à définir

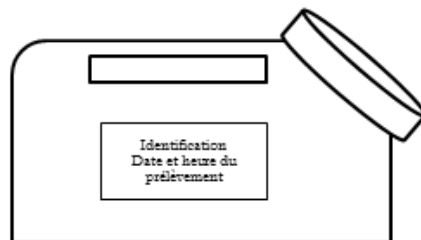
TRUITE	F204	30286
VACHE (Squames)	E4	30287
VANILLE	F234	30287
VERGE D'OR (Herbacée)	W12	30287

Révisé le 2018-07-27

Jean-Pierre Émond, PhD, CSPQ, FCACB, Biochimiste clinique

## INSTRUCTION POUR EFFECTUER LE PRÉLÈVEMENT POUR UNE COLLECTE D'URINE DE 24 HEURES

(BIDON)



### Objectif

Informez de la diète et des conditions particulières pour certaines **analyses spécialisées** sur des urines de 24 heures.

### ☐ 5 - H.I.A.A.

Deux jours avant et pendant la collecte des urines de 24 heures, vous devez :

- **S'abstenir de manger** les aliments suivants :
  - amande, pacanes et autres noix,
  - ananas et jus d'ananas,
  - aubergine, kiwi, avocat et prune,
  - banane et plantain (banane verte),
  - tomate et produits à base de tomate (jus de tomate, V8, ketchup, etc.);
- Ne pas prendre les médicaments suivants :
  - Acétaminophène (ex. : tynenol)
  - Phénathiazine
  - Levodopa;
  - Médicaments contenant la guaifénésine (gaïacolate de glycérol). Plusieurs sirops contre la toux en renferment. Demandez conseil à votre pharmacien.

### **ATTENTION :**

- **Consulter votre médecin avant de modifier votre prescription médicamenteuse.**
- **Conserver le contenant hors de la portée des enfants**

### ☐ ACIDE DELTA - AMINOLÉVULINIQUE, PORPHOBILINOGENE, PROPHYRINES

Il est très important de conserver, en tout temps, le contenant d'urines à l'abri de la lumière.

**ATTENTION : Conserver le contenant hors de la portée des enfants**

**Si l'échantillon ne répond pas aux exigences, le spécimen sera à reprendre.**

<p>Centre intégré de santé et de services sociaux de Lanaudière</p> <p>Québec</p> <p>Hôpital Pierre-Le Gardeur</p> <p><b>LABORATOIRE DE BIOLOGIE MÉDICALE</b></p>	<p><b>CDP-PRO-002</b></p> <p>Statut : Approuvé</p>
<p><b>MÉTHODE DE PRÉLÈVEMENT POUR ÉCOUVILLONNAGE NASOPHARYNGÉ</b></p>	<p>Version 004</p>
	<p>Mise en vigueur : 2019-10-09</p>
	<p><b>Page 1 de 4</b></p>

## 1- OBJECTIF/CONTEXTE/DOMAINE D'APPLICATION

Cette procédure décrit la méthode de prélèvement d'un écouvillonnage nasopharyngé pour la recherche de pathogènes respiratoires par PCR, autant viraux que bactérien. La recherche d'Influenza/RSV, du PCR multiplex respiratoire bactérien ainsi que la recherche de *Bordetella pertussis* (coqueluche) par PCR sont maintenant effectués avec le même milieu de transport.

## 2- DÉFINITIONS/ABRÉVIATIONS

PCR : réaction d'amplification par polymérase en chaîne

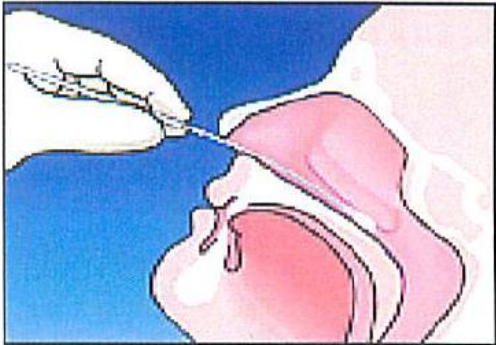
## 3- MATÉRIEL REQUIS

- Tube milieu UTM-RT de Copan (bouchon rouge) + écouvillon FLOQSwabs de Copan
- Équipement de protection individuelle approprié : masque, blouse, gants, visière

## 4- ÉNONCÉ/SYSTÈME DE FONCTIONNEMENT

Étapes	Descriptions
1	Se laver les mains et revêtir l'équipement de protection individuelle approprié.
2	Utiliser le milieu de transport UTM-RT et retirer l'écouvillon flexible FLOQSwabs de son emballage.
3	Installer le patient en position assise, la tête légèrement ramenée vers l'arrière.

<p>Centre intégré de santé et de services sociaux de Lanaudière</p> <p><b>Québec</b></p> <p>Hôpital Pierre-Le Gardeur</p> <p><b>LABORATOIRE DE BIOLOGIE MÉDICALE</b></p>	<p><b>CDP-PRO-002</b></p> <p>Statut : Approuvé</p>
<p><b>MÉTHODE DE PRÉLÈVEMENT POUR ÉCOUVILLONNAGE NASOPHARYNGÉ</b></p>	<p>Version 004</p>
	<p>Mise en vigueur : 2019-10-09</p>
	<p><b>Page 2 de 4</b></p>

4	<p>Insérer l'écouvillon délicatement dans la narine la plus perméable jusqu'à ce qu'une résistance soit ressentie (nasopharynx)</p> 
5	<p>Presser la tige souple en nylon floqué sur la muqueuse pour déloger et ramasser le matériel nécessaire. Faire des mouvements de rotation durant quelques secondes</p>
6	<p>Retirer délicatement l'écouvillon</p>
7	<p>Dans des conditions aseptiques, dévisser et retirer le bouchon du tube.</p>
8	<p>Insérer l'écouvillon dans le tube et plier la tige de l'écouvillon au point de cassure indiqué par la ligne de couleur visible sur la tige de l'écouvillon afin de casser la tige. Laisser la tige dans le milieu de transport, bien refermer le tube et envoyer au laboratoire dans les plus brefs délais.</p>
9	<p>Désinfecter le tube avec un tampon d'alcool et le mettre dans un sac de biosécurité.</p>
10	<p>S'assurer que le tube est bien identifié (double identification).</p>

## 5- DOCUMENTS ASSOCIÉS

Laboratoire de biologie médicale du CSSS Sud de Lanaudière, Guide de laboratoire, Recherche de MBPCR, MRPCR et MINFA.  
VIR-PON-008



<p>Centre intégré de santé et de services sociaux de Lanaudière</p> <p><b>Québec</b></p> <p>Hôpital Pierre-Le Gardeur</p> <p><b>LABORATOIRE DE BIOLOGIE MÉDICALE</b></p>	<p><b>CDP-PRO-002</b></p> <p>Statut : Approuvé</p>
<p><b>MÉTHODE DE PRÉLÈVEMENT POUR ÉCOUVILLONNAGE NASOPHARYNGÉ</b></p>	<p>Version 004</p>
	<p>Mise en vigueur : 2019-10-09</p>
	<p><b>Page 3 de 4</b></p>

## 6- RÉFÉRENCES

Leber et al. Clinical Microbiology Procedures Handbook, Collection of nasal pharyngeal swab. Section 3.11.6.2

Feuillet du fabricant : Milieu UTM-RT de Copan  
Feuillet du fabricant : FLOQSwabs de Copan

Répertoire Web des analyses du laboratoire du CHU Ste-Justine :  
PCR Multiplexe bactérienne sur écouvillon naso-pharyngés  
<https://www.chusj.org/Labotest/Accueil/Analyses.aspx?IdAnalyse=21889> (2018-03-15)

## 7-ENREGISTREMENT DES MODIFICATIONS

Version	Pages	Description de la modification	Approuvé par	Date AAAA-MM-JJ
003		Ajout de bactérie détectable. Ajout de milieu. Ajout d'EPI Clarification des étapes au point 4	Alain Charbonneau	2018-03-15
004		Milieu de transport universel pour tous les prélèvements. Association au guide MBPCR, MRPCR, MINFA.	Catherine Beaulieu	2019-10-09


## 8- RÉVISION

La personne autorisée soussignée a révisé ce document à la date indiquée et l'a reconduit sans modification majeure.

Version	Nom	Date AAAA-MM-JJ

<p>Centre intégré de santé et de services sociaux de Lanaudière</p> <p><b>Québec</b></p> <p>Hôpital Pierre-Le Gardeur</p> <p><b>LABORATOIRE DE BIOLOGIE MÉDICALE</b></p>	<p><b>CDP-PRO-002</b></p> <p>Statut : Approuvé</p>
<p><b>MÉTHODE DE PRÉLÈVEMENT POUR ÉCOUVILLONNAGE NASOPHARYNGÉ</b></p>	<p>Version 004</p>
	<p>Mise en vigueur : 2019-10-09</p>
	<p><b>Page 4 de 4</b></p>

## 9- HISTORIQUE DES VERSIONS

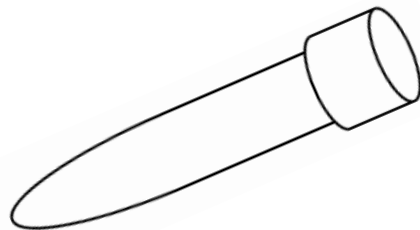
Version	Actions	Nom et prénom	Signature de l'approbateur	Mise en vigueur AAAA-MM-JJ
001	Préparé par	Marie-France Gionet		2010-04-14
	Vérifié par	Louise Ducharme		
	Approuvé par	Gilles Murray		
002	Modifié par	Marie-France Gionet		2015-11-03
	Vérifié par	Diane Jetté		
	Approuvé par	Pierre-Jean Maziade		
003	Modifié par	Catherine Beaulieu		2018-03-15
	Vérifié par	Diane Jetté		
	Approuvé par	Alain Charbonneau		
004	Modifié par	Nathalie Jones		2019-10-09
	Vérifié par	Josée Grenier		
	Approuvé par	Catherine Beaulieu		

Fichier : CDP-PRO-002 PCR Multiplex bactérienne sur écouvillonnage naso-pharyngé

## INSTRUCTION POUR EFFECTUER LE PRÉLÈVEMENT POUR UNE

### CATHÉCHOLAMINES PLASMATIQUES

(PRÉLÈVEMENT SANGUIN)



#### Matériel pour effectuer votre prélèvement :

- ✓ 1 prélèvement sanguin effectué au centre de prélèvement ;

#### Objectif

Marche à suivre pour la préparation d'un usager ayant une prescription de l'analyse de cathécholamines plasmatiques.

#### Avant de commencer

##### *Une semaine avant le prélèvement*

Vous devrez vous abstenir de tout médicament qui n'est pas strictement prescrit par un médecin.

##### *Quatre (4) heures avant le prélèvement*

Vous devrez observer un jeûne sans nourriture, sans café, sans thé et sans nicotine (sans cigarette, sans cigare, sans pipe ou sans préparation contenant de la nicotine).

#### Procédure du prélèvement

Les prélèvements doivent être effectués le **matin**.

Prévoir **au moins** 1 heure pour ce test.

Un premier prélèvement (2 tubes de sang) sera effectué en position « couché ». On vous demandera d'être couché au moins trente (30) minutes avant de procéder au premier prélèvement.

Un second prélèvement (2 tubes de sang) sera effectué en position « debout ». On vous demandera de circuler pendant dix (10) minutes avant de procéder au deuxième prélèvement.

<p>Centre intégré de santé et de services sociaux de Lanaudière</p> <p><b>Québec</b></p> <p>Hôpital Pierre-Le Gardeur</p> <p><b>LABORATOIRE DE BIOLOGIE MÉDICALE</b></p>	<p><b>BIO-INF-035</b></p>
<p><b>CATECHOLAMINES PLASMATIQUES PROTOCOLE DE PRELEVEMENT</b></p>	<p>Version 001</p>
	<p>Statut : Approuvé</p>

Remettre au patient le document « Instructions à remettre aux patients », BIO-INF-034  
Catécholamines plasmatiques – Instructions aux patients.doc.

### Préparation du patient

- **Une semaine avant le prélèvement**, le patient devra s'abstenir de tout médicament qui n'est pas strictement prescrit par un médecin.
- **Quatre (4) heures avant le prélèvement**, le patient devra observer un jeûne sans nourriture, sans café, sans thé et sans nicotine (sans cigarette, sans cigare, sans pipe ou sans préparation contenant de la nicotine).

### Protocole de prélèvement

- **Tubes requis pour le prélèvement**

Deux (2) tubes avec héparine (bouchon vert) par prélèvement.

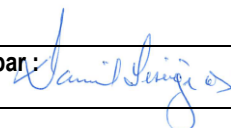
- **Avant le prélèvement**

Préparer un contenant avec de la glace concassée et y placer les 4 tubes de prélèvement vides.

- **Prélèvement**

*Des prélèvements en position « couché » et « debout » doivent être effectués le matin.*

- a) Le patient doit être couché depuis au moins 30 minutes.
- b) Prélever 2 tubes de sang (utiliser les tubes pré-refroidis). Inverser doucement 2-3 fois.
- c) Les tubes doivent être clairement identifiés avec le nom du patient, le numéro de dossier ou de RAMQ, la date et l'heure des prélèvements et la position du patient : COUCHÉ. Le cas échéant, apposer les étiquettes code-barres appropriées sur les tubes.
- d) Replacer immédiatement les tubes de sang dans le contenant de glace concassée. S'assurer que chacun des tubes soit bien entouré de glace.
- e) Demander au patient de se tenir debout et de circuler durant 10 minutes.
- f) Prélever 2 autres tubes de sang (utiliser les tubes pré-refroidis). Inverser doucement 2-3 fois.

<b>Préparé par :</b> Yves Legault, PhD	<b>Vérifié par :</b> Mélanie Ricard	<b>Approuvé par :</b> 	<b>Date d'entrée en vigueur :</b> 2011-11-01	<b>Page</b> 1 de 2
---	--	--	--	-----------------------

<p>Centre intégré de santé et de services sociaux de Lanaudière</p> <p><b>Québec</b></p> <p>Hôpital Pierre-Le Gardeur</p> <p><b>LABORATOIRE DE BIOLOGIE MÉDICALE</b></p>	<p><b>BIO-INF-035</b></p>
<p><b>CATECHOLAMINES PLASMATIQUES PROTOCOLE DE PRELEVEMENT</b></p>	<p>Version 001</p>
	<p>Statut : Approuvé</p>

- g) Les tubes doivent être clairement identifiés avec le nom du patient, le numéro de dossier ou de RAMQ, la date et l'heure des prélèvements et la position du patient : DEBOUT. Le cas échéant, apposer les étiquettes code-barres appropriées sur les tubes.
- h) Replacer ces tubes dans la glace concassée.
- i) Acheminer IMMÉDIATEMENT le contenant avec les 4 tubes de prélèvement au laboratoire. Remettre le contenant et les requêtes correspondantes à une technologiste en mentionnant qu'il s'agit d'une demande de dosage des catécholamines.

***Les catécholamines plasmatiques sont instables, le sang doit donc être traité en priorité par le laboratoire. Le délai maximum entre le premier prélèvement et la réception des tubes au laboratoire ne doit pas dépasser 30 minutes.***

## Référence

- Guide de prélèvements, Catécholamines plasmatiques, Biochimie – Annexe 16, Hôpital Maisonneuve-Rosemont, Octobre 2008.

**Dernière révision le :** 2019-07-15

Fichier : BIO-INF-035 Catécholamines plasmatiques – Protocole de prélèvement.doc

<p><b>Préparé par :</b> Yves Legault, PhD</p>	<p><b>Vérifié par :</b> Mélanie Ricard</p>	<p><b>Approuvé par :</b> </p>	<p><b>Date d'entrée en vigueur :</b> 2011-11-01</p>	<p><b>Page 2 de 2</b></p>
---	--	---	---	-------------------------------

**LABORATOIRE DE CYTOGÉNÉTIQUE HMR**

5415, boul de l'Assomption

Montréal QC H1T 2M4

514-252-3400 poste 3748

Télécopieur : 514-252-3830

**IDENTIFICATION DU MÉDECIN**

Nom et prénom du médecin \_\_\_\_\_

No de pratique \_\_\_\_\_

Hôpital \_\_\_\_\_

Adresse de retour \_\_\_\_\_

**IDENTIFICATION DU PATIENT**

Nom \_\_\_\_\_

Prénom \_\_\_\_\_

RAMQ \_\_\_\_\_

No dossier \_\_\_\_\_

No tél \_\_\_\_\_

Renseignements cliniques : \_\_\_\_\_

Diagnostic	Spécimen	Analyse demandée
<input type="checkbox"/> Leucémie aiguë myéloïde	<input type="checkbox"/> Diagnostic <input type="checkbox"/> Suivi <input type="checkbox"/> Moelle <input type="checkbox"/> Sang (seulement si blastose) 4 tubes à bouchon vert	<input type="checkbox"/> caryotype standard <input type="checkbox"/> FISH <input type="checkbox"/> FISH PML-RARA (M <sub>3</sub> suspectée)
<input type="checkbox"/> Leucémie aiguë lymphoblastique	<input type="checkbox"/> Diagnostic <input type="checkbox"/> Suivi <input type="checkbox"/> Moelle <input type="checkbox"/> Sang (seulement si blastose) 4 tubes à bouchon vert	<input type="checkbox"/> caryotype standard <input type="checkbox"/> FISH
<input type="checkbox"/> Syndrome myélodysplasique	<input type="checkbox"/> Diagnostic <input type="checkbox"/> Moelle <b>* Analyses FISH sur moelle seulement</b> <b>* Résultat du médullogramme à faxer au laboratoire de cytogénétique</b>	<input type="checkbox"/> caryotype standard <input type="checkbox"/> FISH
<input type="checkbox"/> Leucémie myéloïde chronique <input type="checkbox"/> Syndrome myéloprolifératif (autre) Type : _____	<input type="checkbox"/> Diagnostic <input type="checkbox"/> Suivi <input type="checkbox"/> Sang (2 tubes à bouchon vert) <input type="checkbox"/> Moelle	<input type="checkbox"/> caryotype standard <input type="checkbox"/> FISH
<input type="checkbox"/> Leucémie lymphoïde chronique	<input type="checkbox"/> Diagnostic <input type="checkbox"/> Suivi <input type="checkbox"/> Sang (2 tubes à bouchon vert) <input type="checkbox"/> Moelle	<input type="checkbox"/> FISH
<input type="checkbox"/> Myélome multiple	<input type="checkbox"/> Moelle <b>* Pourcentage de plasmocytes à faxer au laboratoire de cytogénétique</b>	<input type="checkbox"/> FISH
<input type="checkbox"/> Lymphome Type : _____	<input type="checkbox"/> Moelle <input type="checkbox"/> Sang <input type="checkbox"/> Ganglion <input type="checkbox"/> Empreinte ganglionnaire	<input type="checkbox"/> FISH

Il est important d'aviser le laboratoire, en fournissant les données ci-dessous, afin que nous puissions prévenir le service d'hématologie/HLA de HMR avant d'effectuer l'envoi.

Inscrire en lettres moulées le prénom et le nom du patient, son # de RAMQ ainsi que le nom complet du prescripteur. Acheminer le prélèvement avec ce formulaire au laboratoire.

Prénom et nom : \_\_\_\_\_  
Lettres moulées

RAMQ : \_\_\_\_\_

- ☐ Dr Suleman Amra
- ☐ Dre Julie Blain
- ☐ Dr Vincent Ouellet
- ☐ Dre Stéphanie Paquet

Autre prescripteur : \_\_\_\_\_  
Lettres moulées

-----

**À l'usage du laboratoire seulement :**

Prévenir le service d'hématologie/HLA à HMR avant d'effectuer l'envoi.  
(514) 252-3400 poste : 3751

**Date et heure du téléphone :**

**Parapher vos initiales :**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Dernière révision le : 2018-01-26**

Fichier : BIO-FOR-010 Formulaire HLA DQ2-DQ8 Centres de prélèvements.doc

<b>Préparé par :</b> Diane Gagnon	<b>Vérifié par :</b> Yves Legault	<b>Approuvé par :</b> Yves Legault	<b>Date d'entrée en vigueur :</b> 2012-02-16	<b>Page 1 de 1</b>
--------------------------------------	--------------------------------------	---------------------------------------	--	------------------------



CHU Sainte-Justine  
Le centre hospitalier  
universitaire mère-enfant  
Pour l'amour des enfants  
Université de Montréal

Recto/Verso

F-1319 # INV.: 30004459 (REV. 2013-03)

ATTENTION: Zones grises obligatoires

# Analyses de CGH sur micropuce

Prise de rendez-vous pour prélèvement : 514 345-4650  
3175, Côte Sainte-Catherine, Montréal, QC, H3T 1C5, 514-345-4931 poste 6130

Prélèvement demandé: Date \_\_\_\_\_ Heure \_\_\_\_\_ ou Heure de tournée: 7h ☐ 11h ☐ 14h ☐ 17h ☐ 20h ☐ 00h ☐

Unité de Soins/Clinique : \_\_\_\_\_  
MD Requérant : \_\_\_\_\_ # Licence : \_\_\_\_\_  
**Prélèvement fait: Date:** \_\_\_\_\_ **Heure** \_\_\_\_\_  
**Prélevé par:** \_\_\_\_\_  
Cocher obligatoirement la nature de l'échantillon et les analyses requises  
☐ Grossesse en cours DDM: \_\_\_\_\_  
☐ SANG ☐ AMNIOCYTES ☐ ADN extrait: tissu d'origine  
☐ Autre: Tissu d'origine spécifique: \_\_\_\_\_

## Identification du patient

Nom, Prénom :

Sexe : F ☐ M ☐

# Dossier / # Ass. maladie :

Date de naissance :

ou

Plaquer carte

## Renseignement clinique (Ce formulaire doit être complété afin d'éviter les délais de traitement)

**Données cliniques du patient** (cocher toutes les cases qui s'appliquent) **foetus** ☐ \* Voir au verso

**sexe du foetus** F ☐ M ☐ Inconnu ☐

▢ Troubles neurologiques: Retard de développement / RM ☐ Trouble d'apprentissage ☐ Langage ☐

Comportement ☐ Autisme ☐ TDAH ☐ Moteur ☐ Hypotonie ☐ Épilepsie ☐

Autres, spécifier: \_\_\_\_\_

▢ Retard de croissance prénatal ☐ Retard de croissance postnatal ☐

▢ Dysmorphies, spécifier: \_\_\_\_\_

▢ Anomalies congénitales: Crâne ☐ Cœur ☐ Poumon ☐ Thorax ☐ Vertèbres ☐ Peau ☐

Visage ☐ Membres ☐ Syst. urinaire ☐ Organes génitaux ☐ Syst. digestif ☐ Syst. nerveux central ☐

▢ Autres, spécifier: \_\_\_\_\_

## Histoire familiale pertinente \_\_\_\_\_

**Y a-t-il des analyses cytogénétiques ou FISH antérieurement effectuées sur ce patient?**

☐ OUI, spécifier: \_\_\_\_\_ ☐ NON ☐ INCONNU

☐ **CGH ou** ☐ **SUIVI de CGH par CGH**

**CGH:** 5µg d'ADN ou 3 - 5 ml de sang périphérique  
prélevé dans un **tube EDTA (bouchon lavande)**,  
(0,5 - 1 ml acceptable en néonatal)  
gardé et transporté à 4 °C au  
7<sup>ème</sup> **bloc 7 en Génétique médicale.**

☐ **SUIVI de CGH par FISH**

**FISH:** 3 - 5 ml de sang périphérique **(bouchon vert)**  
prélevé dans un **tube hépariné de sodium**,  
(0,5 - 1 ml acceptable en néonatal) gardé à 4°C  
et transporté à la température ambiante au  
7<sup>ème</sup> **bloc 7 en Génétique médicale.**

☐ **Parent/apparenté d'un propositus avec résultat de CGH sur micropuce anormal**

Phénotype de l'apparenté prélevé ce jour: \_\_\_\_\_

Préciser le lien de parenté avec le propositus: \_\_\_\_\_

No. aCGH/dossier médical et nom du propositus: \_\_\_\_\_

*Cet individu (ou famille) a été informé(e) et consent aux tests demandés.*

*Nous avons examiné les informations de ce formulaire avec le patient*

**Signature:** Généticien/médecin requérant

Pour usage interne au  
laboratoire uniquement

No. Laboratoire

Date de réception  
(aaaa-mm-jj)

Initiales

Commentaires sur spécimens:



Prise de rendez-vous pour prélèvement : 514 345-4650  
3175, Côte Sainte-Catherine, Montréal, QC, H3T 1C5, 514-345-4931 poste 6130

## Conseil pré-test Analyses de **CGH sur micropuce**

Il est recommandé de discuter des points suivants avec le(s) parent(s) et / ou le(s) tuteur(s) avant de demander le test de CGH sur micropuce.

1. La technique de CGH sur micropuce est réalisée à partir de l'ADN (chromosomes d'un patient). L'échantillon de sang ou de tissu recueilli servira à extraire l'ADN.
2. La technique de CGH sur micropuce est conçue pour détecter des gains ou pertes chromosomiques à une résolution supérieure à celle d'un caryotype standard. Le niveau de détection est limité par la conception des micropuces actuellement disponibles sur le marché. Les micropuces sont construites sous la forme d'une plate-forme commerciale qui cible des régions connues de microdélétion et de microduplication et d'autres régions riches en gènes tout en couvrant le génome entier.

### Les analyse de CGH sur micropuce NE DÉTECTERONT PAS LES ANOMALIES CI-BAS:

- ☐ Les réarrangements chromosomiques équilibrés comme les inversions, les translocations réciproques et robertsoniennes
- ☐ La polyploidie
- ☐ Les déséquilibres génomiques qui ne sont pas représentés sur la micropuce
- ☐ Le faible pourcentage de mosaïcisme (inférieur à 25-30%)
- ☐ Les séquences répétées, incluant les bras courts des chromosomes acrocentriques et l'hétérochromatine du bras long du chromosome Y

3. L'interprétation des résultats d'analyses utilisant la technique de CGH sur micropuce sur un patient exige la confirmation par une ou plusieurs méthodes, dont l'hybridation fluorescente *in situ* (FISH) visant spécifiquement la région identifiée. Pour ce faire, un échantillon de sang supplémentaire sera nécessaire dans un deuxième temps.
4. L'analyse des échantillons de sang parentaux peut être demandée pour aider à interpréter les résultats du patient.
5. Les déséquilibres génomiques détectés seront comparés à une base de données des variations connues de nombre de copies (CNVs) observées sur l'ensemble de la population. Dans de nombreux cas, pour évaluer si un gain ou une perte est cliniquement significative, des échantillons parentaux seront nécessaires afin de déterminer si le déséquilibre est hérité ou de *novo*. Dans certains cas, un CNV identifié sur un patient aura une signification clinique inconnue.
6. Plusieurs conditions cliniques peuvent être provoquées par d'autres changements génétiques (ex. mutations ponctuelles) et ne peuvent pas être détectées par cette analyse et ne peuvent donc être éliminées par un résultat normal de CGH sur micropuce.
7. L'analyse CGH sur micropuce peut révéler des informations qui ne sont pas associées au diagnostic recherché. Ceci peut inclure entre autre la détection d'un changement prédisposant à une maladie à révélation tardive, à un cancer ou d'une non-paternité.

\* **L'analyse prénatale par CGH** sur micropuce ne sera effectuée que pour les foetus avec malformations, pour préciser une anomalie chromosomique non équilibrée observée au caryotype foetal ou détecter une anomalie clairement pathogénique connue dans la famille. Pour tout autre cas, s'adresser au laboratoire afin de vérifier si l'indication est justifiée.

## Page 1 | 1

## INSTRUCTION POUR EFFECTUER LE PRÉLÈVEMENT POUR UNE RECHERCHE DE SANG OCCULTE DANS LES SELLES (RSOSI)

(CONTENANT À BOUCHON VERT PÂLE)



### Matériel pour faire votre prélèvement :

- ✓ 1 Contenant à bouchon vert pâle ;
- ✓ 1 étiquette d'identification ;
- ✓ 1 sac de plastique avec pochette ;

### Objectif

Recherche de sang occulte (sang caché qui n'est pas visible à l'œil nu) dans les selles.

Il s'agit d'un test simple qui sert pour le dépistage du cancer colorectal. Le dépistage est toujours fait à titre préventif pour déceler une maladie à ses tout débuts.

### Avant de commencer

Un seul échantillon de selle est requis.

Aucune diète préalable.

### Procédure du prélèvement

**\*\*\*Suivre les directives qui sont au verso de ce document\*\*\***

#### Inscrire la date et l'heure

Inscrire la date et l'heure sur le ou les contenants après le prélèvement.

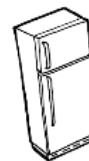
#### Identification de votre échantillon

Assurez-vous que votre contenant soit identifié :

- Nom et prénom complet
- RAMQ (ou dossier du HPLG)

### Conservation de votre échantillon

**Conserver l'échantillon au réfrigérateur jusqu'au moment du retour au centre de prélèvement.**



### Rapporter votre échantillon

Retourner votre échantillon dans un délai maximal de **48** heures.

Rapporter l'échantillon à l'endroit où vous avez obtenu votre trousse. Du lundi au vendredi :

- Centre des prélèvements dans les CLSC entre 06H30 et 14H00;
- Apporter votre **échantillon** et votre **carte d'assurance maladie**.
- **Le laboratoire peut refuser tout prélèvement non conforme aux instructions énumérées ci-haut.**

### Référence

C-IN-8100-RSOS-03 Test immunochimique de recherche de sang occulte dans les selles (RSOSi), 2013, version 003, Manuel qualité des laboratoires, Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS).

[https://chusherbrooke.lbx360.net/php/documents/documents/hyperlink\\_public.php?DocumentID=2380](https://chusherbrooke.lbx360.net/php/documents/documents/hyperlink_public.php?DocumentID=2380)

BIO-INF-040

Dernière révision le :2021-10-22

Votre médecin vous a prescrit un test immunochimique de recherche de sang occulte (sang caché qui n'est pas visible à l'œil nu) dans les selles. Il s'agit d'un test simple qui sert notamment à dépister le cancer colorectal.

- Pour faire le test, on vous a remis :**
- un contenant en forme de tube
  - un sac de plastique
- Vous avez peut-être reçu :**
- un papier imperméable et biodégradable
  - si non, utiliser un contenant jetable (non fourni)

**POUR QUE LES RÉSULTATS DU TEST SOIENT BONS, IL EST IMPORTANT DE SUIVRE LES DIRECTIVES SUIVANTES**

**ATTENTION : Si vous avez vos menstruations ou des hémorroïdes saignantes, attendre l'arrêt des saignements pour faire l'examen.**

- 1** Ouvrez votre trousse de prélèvement.
- 2** Quand vous êtes prêt à faire le test, prenez le tube et inscrivez lisiblement vos nom, prénom, numéro de carte d'assurance maladie et date du prélèvement sur l'étiquette. Si l'étiquette est déjà pré-identifiée à votre nom, inscrivez seulement la date et l'heure du prélèvement sur les lignes à droite du code barre.
- 3** Dépliez le papier. Placez-le directement sur l'eau propre au centre de la cuvette, de façon à ce que les côtés du papier collent à la paroi de la cuvette.
 

**Avec papier :**

**Sans papier :**

Utilisez un contenant de plastique ou une assiette en aluminium que vous jetterez après le prélèvement.
- 4** Faites vos selles sur le papier (ou dans le contenant). Les selles ne doivent pas être mélangées à l'urine ni à un autre liquide avant le prélèvement.
- 5** Tournez et tirez le capuchon vert pour ouvrir le tube de prélèvement.
- 6** Grattez légèrement la surface des selles avec la tige verte attachée au capuchon. Seulement une petite quantité de selles suffit pour couvrir le bout de la tige. Remettez la tige dans le tube et refermez bien. Ne pas rouvrir le tube une fois que vous l'avez refermé.
- 7** Vous pouvez ensuite tirer la chasse d'eau.
- 8** Lavez-vous les mains.
- 9** Mettez votre tube de prélèvement dans le sac de plastique et refermez-le.
- 10** Conserver le sac au réfrigérateur jusqu'à ce que vous rapportiez votre échantillon de selles au centre de prélèvements.

**Vous devez rapporter votre échantillon de selles le plus vite possible au centre de prélèvement, au plus tard 48 heures suivant le prélèvement. Si vous avez toujours la requête papier de votre médecin, n'oubliez pas de l'inclure dans le sac de retour avec votre échantillon de selles. Vérifiez bien les heures d'ouverture du centre.**

**En attendant, gardez le sac au réfrigérateur. Les résultats de votre test seront transmis à votre médecin traitant.**

RECHERCHE D'HÉMOGLOBINE FŒTALE DANS LES SELLES

Version 001  
Statut : Approuvé

Recherche d'Hémoglobine Foetale dans les selles

Tube *Bébé*

Ajouter 10 mL H<sub>2</sub>O distillée

Ajouter 2 à 3 gouttes de sang provenant des selles

Agiter les tubes et centrifuger 5 min. à 2000 rpm

Le surnageant doit avoir une teinte rosée.  
S'il n'est pas rosé, ajouter encore un peu de sang  
provenant de l'échantillon de selles

Agiter et centrifuger 5 min. à 2000 rpm

**S'il est impossible d'obtenir  
un surnageant rosé,  
le test ne peut être effectué**

Décanter le surnageant dans 2 nouveaux tubes

*Bébé Test*

*Bébé Témoin*

Décanter 5 mL du surnageant

Décanter 5 mL du surnageant

Ajouter 1 mL de NaOH 0,25 N

Tube *Adulte*

Ajouter 10 mL H<sub>2</sub>O distillée

Ajouter environ la même quantité de globules  
rouges d'un échantillon de sang adulte

Agiter les tubes et centrifuger 5 min. à 2000 rpm

Décanter le surnageant dans 2 tubes

*Adulte Test*

*Adulte Témoin*

Décanter 5 mL du surnageant

Décanter 5 mL du surnageant

Ajouter 1 mL de NaOH 0,25 N

Noter le changement de couleur  
2 minutes après l'addition de NaOH

Interprétation

Sang nouveau-né

*Témoin*

*Test*

L'échantillon est rosé

Sang Adulte

*Témoin*


*Test*

L'échantillon est rosé

- L'échantillon demeure rosé.
- La couleur du tube Test change très peu et demeure rosée s'il n'y a que de l'hémoglobine foetale.
- S'il y avait un peu d'hémoglobine adulte en présence d'hémoglobine foetale, la couleur du tube Test pourrait changer un peu mais conserverait une teinte rosée

- L'échantillon devient jaune, ambré ou brun.
- Moins il y a de sang, plus la couleur est jaune.
- Plus il y a de sang, plus la couleur est brune.



 <p>Centre de santé et de services sociaux du Sud de Lanaudière</p> <p><b>LABORATOIRE DE BIOLOGIE MÉDICALE</b></p>	<b>BIO-INF-006</b>
<p><b>DOSAGE DES GRAISSES DANS LES SELLES</b> TECHNIQUE POUR RECUEILLIR LES SELLES CHEZ LES ENFANTS</p>	Version 002
	Statut : Approuvé

## **INSTRUCTIONS**

### **Diète**

L'enfant doit être sous une diète normale depuis au moins trois jours. Maintenir également l'enfant sous une diète normale pendant toute la durée de la collecte des selles.

### **Prélèvement**

- Se procurer au laboratoire un contenant de collecte en plastique orange contenant un préservatif.

CONSERVER CE CONTENANT  
HORS DE LA PORTÉE DES ENFANTS

- Chez les enfants encore avec une couche, il est préférable de placer du papier "Saran" à l'intérieur de la couche pour pouvoir récupérer toutes les selles. Dans ce cas, pour le bien être de l'enfant, prévoir un changement de couche plus fréquent.
- Se procurer à la pharmacie de l'HPLG du rouge carmin en capsule de 500 mg.  

1 capsule (2 x la moitié du contenu) pour les enfants de moins de 6 ans.  
2 capsules pour les enfants plus vieux.
- Noter, sur la requête du laboratoire, la date et l'heure précise de l'administration du rouge carmin.
- La collecte commence avec la première selle présentant une coloration rouge ou rougeâtre. La selle colorée est incluse dans la collecte.
- Exactement 72 heures après la première administration de rouge carmin, en administrer une seconde dose identique.
- Noter, sur la requête du laboratoire, la date et l'heure précise de l'administration de la seconde dose.
- La collecte se termine lors de l'apparition d'une selle de couleur rouge ou rougeâtre suite à la seconde dose de rouge carmin. Cette fois, la selle colorée n'est pas incluse dans la collecte.

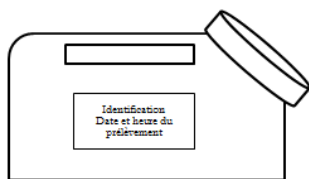
Fichier : BIO-INF-006 Instructions Enfants-Graisses dans les selles.doc

Préparé par : Dr Daniel Lesiège	Vérifié par : Diane Gagnon	Approuvé par : Yves Legault	Date d'entrée en vigueur : 2010-11-15	Page 1 de 1
------------------------------------	-------------------------------	--------------------------------	--	----------------

Section Biochimie, Annexe XI

## INSTRUCTION POUR EFFECTUER LE PRÉLÈVEMENT POUR UNE COLLECTE D'URINE DE 24 HEURES

(BIDON)



Pour faire votre prélèvement vous devez avoir :

- ✓ 1 bidon orange identifié à votre nom;
- ✓ 1 plat de plastique;
- ✓ 1 sac de papier brun.

**Attention :** Il est possible que votre contenant contienne un **produit chimique**. En pareil cas :

- une étiquette spéciale sera apposée sur le contenant pour vous en aviser;
- maintenir le contenant **hors de la portée des enfants**;
- Ne **jamais uriner directement dans le contenant** afin d'éviter des éclaboussures. Certains produits de conservation utilisés peuvent causer de graves brûlures.

### Objectif

Connaitre la procédure pour recueillir toutes vos urines pendant une période de 24 heures.

### Avant de commencer

Laver vos mains.



### Procédure

#### Étape 1 : Vider votre vessie dans la toilette

Lorsque vous avez choisi le moment idéal pour commencer (préférable que ce soit le matin), uriner dans la toilette.



#### Étape 2 : Identifier votre bidon.

Immédiatement après l'étape 1, inscrire la date et l'heure sur l'étiquette de la première urine (c'est le **début** de la collecte)

#### Étape 3 : Collecter toutes vos urines.

À partir de ce moment, **toutes les urines** (même celles petites) produites par votre vessie durant cette période de 24 heures doivent être récupérées dans votre bidon. Pour ce faire, à **chaque fois** que vous irez au toilette :

3.1) Récupérer vos urines à l'aide d'un contenant propre;

3.2) Transférer l'urine récupéré dans le contenant dans le bidon.



3.3) Entreposer le bidon entre les collectes et jusqu'à la fin de la collecte dans le réfrigérateur.



3.4) **À la fin exacte de la période de 24 heures** (+/- 15 minutes), même si vous n'en ressentez pas le besoin, **récupérer** votre urine tel que décrit aux étapes 3.1) et 3.2) (c'est la **fin** de la collecte).

### Identification de votre échantillon

Assurez-vous que votre contenant soit identifié :

- Nom et prénom complet
- RAMQ (ou dossier du HPLG)
- Date et heure de début et de fin de la collecte

### Conservation de votre échantillon

Votre bidon doit être conservé **en tout temps** dans le réfrigérateur.



### Notes importantes :

- Si vous **oubliez de récupérer** une urine, ou même juste un peu, dans le bidon, vous devrez **recommencer du début cette procédure de collecte**. Pour ce faire, vous devrez vous procurer un **nouveau bidon propre en retournant au centre des prélèvements ou CHPLG**.

### Rapporter votre échantillon

Vous avez de 48 heures pour rapporter votre bidon.

- Rapporter l'échantillon à l'endroit où vous avez obtenu votre trousse. Du lundi au vendredi :
  - o Centre des prélèvements dans les CLSC entre 06H30 et 14H00;
- Apporter avec vous : votre **échantillon** et votre **carte d'assurance maladie**.
- **Si l'échantillon ne répond pas aux exigences, le spécimen sera à reprendre.**

<p>Centre intégré de santé et de services sociaux de Lanaudière</p> <p><b>Québec</b></p> <p>Hôpital Pierre-Le Gardeur</p> <p><b>LABORATOIRE DE BIOLOGIE MÉDICALE</b></p>	<b>BIO-INF-025</b>
<b>CHOLINESTERASES (PSEUDO)</b>	Version 002
	Statut : Approuvé

En plus de compléter la requête **RAPPORTS DIVERS** (606050), veuillez compléter la « Formule de demande pour l'analyse des pseudocholinestérases et la détermination du phénotype » du service de biochimie de l'hôpital Maisonneuve-Rosemont.

SVP, utilisez une photocopie de l'exemplaire de cette formule que vous trouverez à la fin du présent document.

Afin d'obtenir de plus amples informations concernant la pseudocholinestérase, consulter la page 2 du présent document.

Préparé par : Yves Legault	Vérifié par : Daniel Lesiège	Approuvé par : <i>Annie B.P.</i>	Date d'entrée en vigueur : 2016-09-19	Page 1 de 3
-------------------------------	---------------------------------	-------------------------------------	--	----------------

Section Biochimie, Annexe VII



<p>Centre intégré de santé et de services sociaux de Lanaudière</p> <p><b>Québec</b></p> <p>Hôpital Pierre-Le Gardeur</p> <p><b>LABORATOIRE DE BIOLOGIE MÉDICALE</b></p>	<p><b>BIO-INF-025</b></p>
<p><b>CHOLINESTERASES (PSEUDO)</b></p>	<p>Version 002</p>
	<p>Statut : Approuvé</p>

## INFORMATIONS RELATIVES À LA PSEUDOCHOLINÉSTERASE

La pseudocholinestérase, aussi appelée cholinestérase, est un enzyme qu'on retrouve dans le sang et plus précisément dans le sérum. L'importance de cet enzyme du point de vue médical est surtout en rapport avec l'anesthésie et avec les intoxications causées par la manipulation de certains insecticides.

La cholinestérase est responsable de la dégradation d'un médicament appelé succinylcholine (commerciallement Anectine,...) utilisé comme relaxant musculaire durant l'anesthésie générale. Certaines personnes peuvent cependant réagir de façon anormale à l'injection de ce médicament, en subissant un arrêt respiratoire prolongé et même une paralysie temporaire dûs au fait que le médicament n'est pas dégradé aussi rapidement que normalement.

Les personnes les plus susceptibles de rencontrer de tels problèmes sont habituellement porteuses d'une variété rare (1/2500) de cholinestérase, dite atypique, que l'on peut reconnaître en demandant l'analyse de la cholinestérase et de son phénotype avant l'anesthésie. On rencontre plus fréquemment une cholinestérase dite intermédiaire qui n'occasionne habituellement pas de problèmes au porteur, sauf pour quelques cas particuliers de variantes génétiques ou d'activité totale trop faible de la cholinestérase. Enfin le phénotype le plus souvent rencontré est le phénotype normal qui n'est habituellement pas associé à ces problèmes, à moins de présenter une activité totale faible.

Pour prévenir les complications occasionnées par l'utilisation du relaxant musculaire succinylcholine, il est suggéré que le patient porte une carte ou un bracelet qui avertit l'anesthésiste de l'état de la personne. L'anesthésiste étant familier avec ce problème prendra les mesures qui s'imposent pour le contourner.

Lorsqu'un phénotype anormal est découvert chez une personne, il est recommandé de suggérer aux autres membres de sa famille immédiate de faire analyser leur cholinestérase et son phénotype. Ce dernier est acquis et se transmet de façon héréditaire et les chances sont que d'autres personnes de cette famille puissent également être porteuses et encourir les problèmes qui s'y rattachent.

Pour informations supplémentaires, veuillez me contacter à l'adresse suivant:

Chantal Limoge  
Département de biochimie  
Hôpital Maisonneuve-Rosemont  
5415, boul de l'Assomption, Montréal, Qué.  
H1T 2M4 tél.: (514) 252-3584

Préparé par : Yves Legault	Vérifié par : Daniel Lesiège	Approuvé par : <i>Annie B.P.</i>	Date d'entrée en vigueur : 2016-09-19	Page 2 de 3
-------------------------------	---------------------------------	-------------------------------------	--	----------------

FORMULE DE DEMANDE POUR L'ANALYSE DES PSEUDOCHOLINESTERASES ET LA  
DETERMINATION DU PHENOTYPE.

(S.V.P. compléter cette formule et la retourner accompagnée de votre réquisition)

INFORMATIONS DEMOGRAPHIQUES

Nom du patient:  
(pour les femmes mariées, ajouter le nom de fille)  
Adresse:  
Téléphone:  
Age:  
Sexe: M \_\_\_\_ F \_\_\_\_  
Date du prélèvement:  
Nom du médecin traitant:

INFORMATIONS CLINIQUES RELATIVES A CETTE DEMANDE D'ANALYSE

☐ le patient a subi une apnée prolongée lors d'une anesthésie.

1. durée de l'apnée:
2. temps de retour à la respiration normale:
3. médicament(s) ayant pu causer cette apnée, (dose administrée):
4. type d'intervention pratiquée:

☐ investigation familiale.

Indiquer

1. le nom des personnes composant cette famille.
2. leur degré de parenté (père, mère, ou fils ou fille de...)
3. les cas ayant subi une apnée prolongée.

☐ vérification des résultats du (date):

☐ autres motifs appuyant cette demande d'analyse:

**Dernière révision le : 2016-04-22**

Fichier : BIO-INF-025 Formulaire pseudocholinestérase.doc

Préparé par : Yves Legault	Vérifié par : Daniel Lesiège	Approuvé par : <i>Anna B.P.</i>	Date d'entrée en vigueur : 2016-09-19	Page 3 de 3
-------------------------------	---------------------------------	------------------------------------	--	----------------

Section Biochimie, Annexe VII

## INSTRUCTION POUR EFFECTUER LE PRÉLÈVEMENT POUR UNE RECHERCHE DE SANG OCCULTE DANS LES SELLES (RSOSI)

(CONTENANT À BOUCHON VERT PÂLE)



### Matériel pour faire votre prélèvement :

- ✓ 1 Contenant à bouchon vert pâle ;
- ✓ 1 étiquette d'identification ;
- ✓ 1 sac de plastique avec pochette ;

### Objectif

Recherche de sang occulte (sang caché qui n'est pas visible à l'œil nu) dans les selles.

Il s'agit d'un test simple qui sert pour le dépistage du cancer colorectal. Le dépistage est toujours fait à titre préventif pour déceler une maladie à ses tout débuts.

### Avant de commencer

Un seul échantillon de selle est requis.

Aucune diète préalable.

### Procédure du prélèvement

\*\*\*Suivre les directives qui sont au verso de ce document\*\*\*

#### Inscrire la date et l'heure

Inscrire la date et l'heure sur le ou les contenants après le prélèvement.

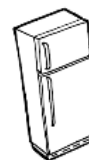
#### Identification de votre échantillon

Assurez-vous que votre contenant soit identifié :

- Nom et prénom complet
- RAMQ (ou dossier du HPLG)

### Conservation de votre échantillon

Conserver l'échantillon au réfrigérateur jusqu'au moment du retour au centre de prélèvement.



### Rapporter votre échantillon

Retourner votre échantillon dans un délai maximal de **48 heures**.

Rapporter l'échantillon à l'endroit où vous avez obtenu votre trousse. Du lundi au vendredi :

- Centre des prélèvements dans les CLSC entre 06H30 et 14H00;
- Apporter votre **échantillon** et votre **carte d'assurance maladie**.
- **Le laboratoire peut refuser tout prélèvement non conforme aux instructions énumérées ci-haut.**

### Référence

C-IN-8100-RSOS-03 Test immunochimique de recherche de sang occulte dans les selles (RSOSi), 2013, version 003, Manuel qualité des laboratoires, Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS).

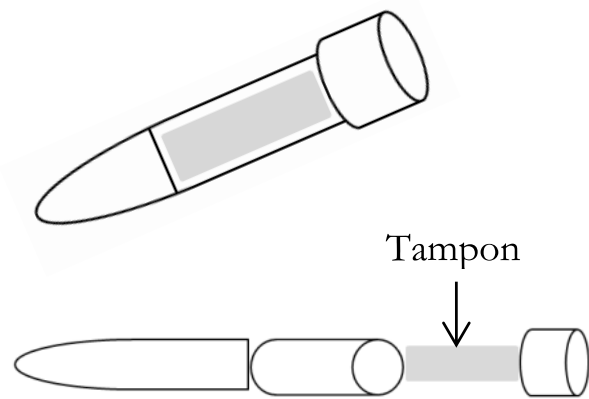
[https://chusherbrooke.lbx360.net/php/documents/documents/hyperlink\\_public.php?DocumentID=2380](https://chusherbrooke.lbx360.net/php/documents/documents/hyperlink_public.php?DocumentID=2380)

BIO-INF-040

Dernière révision le :2021-10-22

## INSTRUCTION POUR EFFECTUER LE PRÉLÈVEMENT POUR UN DOSAGE CORTISOL SALIVAIRE

(ÉPROUVETTE ET TAMPON)



### Matériel pour effectuer votre prélèvement :

- ✓ 1 éprouvette et tampon (salivette) identifié à votre nom ;
- ✓ 1 sac de plastique biohasard avec deux pochettes;

### Objectif

Marche à suivre pour effectuer une collecte de salive pour le dosage du cortisol salivaire.

### Avant de commencer

Ne pas utiliser chez l'enfant de moins de 3 ans ou chez des personnes qui risquent d'avaler le tampon.

L'analyse s'effectue à **minuit seulement**. Si vous êtes couché, demander à quelqu'un de vous réveiller afin d'éviter le **réveil brusque d'un cadran**.

**24 heures avant** : De préférence, pas d'exercice physique intense ou de stress intense.

**12 heures avant** : Ne pas consommer d'alcool.

**3 heures avant** :

- Être à jeun (sans tabac, gomme ou autres substances au niveau de la bouche).
- L'eau est permise en quantité modérée.
- Pas d'activité physique.

**1 heure avant** : Ne pas se brosser les dents.

**10 minutes avant** : Rincer votre bouche avec de l'eau.

### Procédure du prélèvement

Laver vos mains.



Ouvrir la salivette (petit tube) et retirez-en le tampon ou coton en évitant de le toucher avec les doigts.

Mettre le tampon dans la bouche, **de préférence sous la langue, en évitant de toucher avec les doigts**.

Imbibez-le de salive pendant 2-3 minutes ou jusqu'à ce qu'il soit plein de salive. **Ne pas mâchouiller le tampon**.

Remettre le tampon dans son contenant initial en le manipulant le moins possible avec les doigts et remettre le bouchon.

### Inscrire la date et l'heure

Inscrire la date et l'heure sur le ou les contenants après le prélèvement.

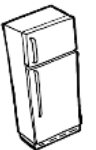
### Identification de votre échantillon

Assurez-vous que votre contenant soit identifié :

- Nom et prénom complet
- RAMQ (ou dossier du HPLG)

### Conservation de votre échantillon

Conserver le contenant au congélateur jusqu'au moment de rapporter votre prélèvement.



### Rapporter votre échantillon

Vous avez **maximum 12 heures** après le prélèvement.

- Rapporter l'échantillon à l'endroit où vous avez obtenu votre trousse. Du lundi au vendredi :
  - o Centre des prélèvements dans les CLSC entre 06H30 et 14H00;
- Apporter avec vous : votre **échantillon** et votre **carte d'assurance maladie**.
- **Si l'échantillon ne répond pas aux exigences, le spécimen sera à reprendre.**

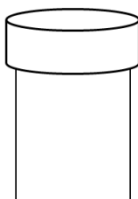
BIO-INF-041

Dernière révision le : 2021-11-01

Référence : INC-8100-SALIV-01-A Centre de prélèvement – instruction au patient – cortisol salivaire, 2008, version A, Manuel qualité des laboratoires, Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS)

## INSTRUCTION POUR EFFECTUER LE PRÉLÈVEMENT POUR UNE CALPROTECTINE FÉCALE

(CONTENANT STÉRILE)



### Matériel pour effectuer votre prélèvement :

- ✓ 1 contenant stérile identifié à votre nom ;
- ✓ Papier de soie;
- ✓ 1 sac de plastique avec deux pochettes;
- ✓ 1 bâton de bois ou cuillère.

### Objectif

Effectuer une collecte de selle pour l'analyse Calprotectine fécale de façon adéquate.

### Avant de commencer

- Prévoir la collecte le dimanche, lundi ou mardi uniquement.

- Laver vos mains.



### Procédure du prélèvement

#### Étape 1 : Placer le papier de soie

Déplier le papier de soie. Placez-le directement sur l'eau propre au centre de la cuvette, de façon à ce que les côtés du papier collent à la paroi de la cuvette.



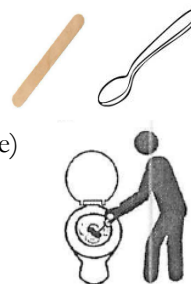
#### Étape 2 : Prélèvement

Faites votre selle sur le papier.



#### Étape 3 : Recueillir des selles

À l'aide du bâton, d'une spatule ou d'une cuillère en plastique, recueillir un morceau de la selle (équivalent à deux cuillères à soupe) et le déposer dans le contenant stérile. **Bien fermer le pot.**



#### Étape 4 : Tirer la chasse d'eau.

Le papier est biodégradable.

### Inscrire la date et l'heure

Inscrire la date et l'heure sur le ou les contenants après le prélèvement.

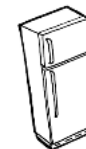
### Identification de votre échantillon

Assurez-vous que votre contenant soit identifié :

- Nom et prénom complet
- RAMQ (ou dossier du HPLG)

### Conservation de votre échantillon


Conserver le contenant au réfrigérateur.



### Rapporter votre échantillon

- Vous avez **maximum 24 heures** après le prélèvement.
- Mettre le contenant de selle dans le sac bio hasard dans la partie qui se ferme.
- Rapporter l'échantillon à l'endroit où vous avez obtenu votre trousse, du lundi au vendredi
  - o Centre des prélèvements dans les CLSC entre 06H30 et 14H00
- Apporter avec vous : votre **échantillon** et votre **carte d'assurance maladie**.
- **Si l'échantillon ne répond pas aux exigences, le spécimen sera à reprendre.**



 <p>Centre de santé et de services sociaux du Sud de Lanaudière</p> <p><b>LABORATOIRE DE BIOLOGIE MÉDICALE</b></p>	<b>Bio-PON-122</b>
<b>RECHERCHE D'HÉMOGLOBINE FŒTALE DANS LES SELLES</b>	Version 001
	Statut : Approuvé

## 1- OBJECTIF/CONTEXTE/DOMAINE D'APPLICATION

### Utilité du test

Test qualitatif pour déterminer si le sang présent dans les selles du nouveau-né provient du bébé lui-même ou de la mère.

## 2- PRINCIPE ANALYTIQUE

En présence de NaOH, l'hémoglobine se dénature. Cette dénaturation peut s'observer visuellement par un changement de coloration : une solution d'hémoglobine passe d'une couleur rose à ambre. L'hémoglobine fœtale se dénaturant moins rapidement que l'hémoglobine adulte, il est alors possible de faire une distinction entre ces deux types d'hémoglobine.

## 3- SPÉCIMEN


La pouponnière doit nous faire parvenir une portion des selles contenant une quantité bien visible de sang et, autant que possible, uniquement cette portion pour éviter de diluer le sang avec le restant des selles.

## 4- RÉACTIFS

NaOH 0,25 N

À 3,5 ml d'eau distillée, ajouter 0,5 ml de NaOH 2N (solution de NaOH utilisée pour alcaliniser les urines de 24 heures)

Préparé par : Yves Legault, Ph.D.	Vérifié par : Diane Gagnon	Approuvé par : Zeinab Daher, Ph.D.	Date d'entrée en vigueur 2013-06- 17	Page 1 de 4
--------------------------------------	-------------------------------	---------------------------------------	--	----------------

 <p>Centre de santé et de services sociaux du Sud de Lanaudière</p> <p><b>LABORATOIRE DE BIOLOGIE MÉDICALE</b></p>	<b>Bio-PON-122</b>
<b>RECHERCHE D'HÉMOGLOBINE FŒTALE DANS LES SELLES</b>	Version 001
	Statut : Approuvé

## 5- APPAREIL ET MATÉRIEL

## 6- CONTRÔLE DE QUALITÉ

## 7- INSTRUCTIONS TECHNIQUES

À la réception de l'échantillon de selles, vérifier la présence de sang. Celle-ci doit être évidente et le sang doit encore être rouge. Si le sang est brunâtre, le test ne peut pas être effectué.

- Identifier deux tubes à urines : un **BÉBÉ** et l'autre **ADULTE**.
- Dans chacun des tubes, ajouter 10 ml d'eau distillée.
- Dans le premier tube, ajouter un peu de sang provenant des selles (l'équivalent de deux à trois gouttes de sang).
- Dans le second tube, ajouter environ la même quantité de globules rouges provenant d'un échantillon de sang adulte (attention de ne pas utiliser de sang de cordon comme échantillon de sang adulte).
  - Agiter les tubes.
  - Centrifuger 5 minutes à 2000 rpm.
- Le surnageant doit avoir une teinte rosée. S'il n'est pas rosé, ajouter encore un peu de sang provenant de l'échantillon de selles. Agiter et centrifuger à nouveau. S'il n'est toujours pas possible d'obtenir un surnageant rosé, le test ne peut pas être effectué.
- Décanter le surnageant de chacun des tubes dans deux autres tubes (5 ml dans chaque tube) :

BÉBÉ TEST et BÉBÉ TÉMOIN pour surnageant du tube BÉBÉ.

ADULTE TEST et ADULTE TÉMOIN pour surnageant du tube ADULTE.

Préparé par : Yves Legault, Ph.D.	Vérifié par : Diane Gagnon	Approuvé par : Zeinab Daher, Ph.D.	Date d'entrée en vigueur 2013-06- 17	Page 2 de 4
--------------------------------------	-------------------------------	---------------------------------------	--	----------------

 <p>Centre de santé et de services sociaux du Sud de Lanaudière</p> <p><b>LABORATOIRE DE BIOLOGIE MÉDICALE</b></p>	<b>Bio-PON-122</b>
<b>RECHERCHE D'HÉMOGLOBINE FŒTALE DANS LES SELLES</b>	Version 001
	Statut : Approuvé

- Ajouter, aux deux tubes identifiée TEST, 1 ml de NaOH 0,25 N.
- Noter le changement de couleur 2 minutes après l'addition de NaOH.

### INTERPRÉTATION DE LA COLORATION 2 MIN. APRÈS L'ADDITION DE NaOH.

#### Sang adulte :

- Témoin : l'échantillon est rosé.
- Test : l'échantillon devient jaune, ambré ou brun. Moins il y a de sang, plus la couleur est jaune. Plus il y a de sang, plus la couleur est brune.

#### Sang nouveau-né :

- Témoin : l'échantillon est rosé.
- Test : l'échantillon demeure rosé. La couleur du tube TEST change très peu et demeure rosée s'il n'y a que de l'hémoglobine fœtale. S'il y avait un peu d'hémoglobine adulte en présence d'hémoglobine fœtale, la couleur du tube TEST pourrait changer un peu mais conserverait une teinte rosée.

Il est important de faire la lecture après deux minutes; la coloration change avec le temps.

Il y a donc présence d'hémoglobine fœtale dans les selles lorsque l'hémoglobine conserva sa teinte rosée après deux minutes en présence de NaOH.

#### Information à indiquer sur le rapport :

En présence d'hémoglobine fœtale, indiquer sur le rapport :


TEST QUALITATIF POUR LA RECHERCHE D'HÉMOGLOBINE FŒTALE : POSITIF

En absence d'hémoglobine fœtale, indiquer sur le rapport :

TEST QUALITATIF POUR LA RECHERCHE D'HÉMOGLOBINE FŒTALE : NÉGATIF.

Préparé par : Yves Legault, Ph.D.	Vérifié par : Diane Gagnon	Approuvé par : Zeinab Daher, Ph.D.	Date d'entrée en vigueur 2013-06- 17	Page 3 de 4
--------------------------------------	-------------------------------	---------------------------------------	--	----------------



 <p>Centre de santé et de services sociaux du Sud de Lanaudière</p> <p><b>LABORATOIRE DE BIOLOGIE MÉDICALE</b></p>	<b>Bio-PON-122</b>
<b>RECHERCHE D'HÉMOGLOBINE FŒTALE DANS LES SELLES</b>	Version 001
	Statut : Approuvé

## 8- LIMITES ANALYTIQUES ET INTERFÉRENCES

## 9- VALEURS DE RÉFÉRENCES ET VALEURS CRITIQUES

## 10- DOCUMENTS ASSOCIÉS

La version courante des documents suivants est associée au présent document :

## 11- RÉFÉRENCES

## 12- HISTORIQUE : VERSION ET RÉVISION

VERSION	DATE EN - VIGUEUR	DÉTAILS DE LA RÉVISION
001		Implantation ISO 15189

### REVUE ANNUELLE

DATE DE LA REVUE	SIGNATURE AUTORISÉE

Fichier : NormeISO/biochimie/Techniques manuelles/recherche d'hémoglobine fœtale dans les selles.

Préparé par : Yves Legault, Ph.D.	Vérifié par : Diane Gagnon	Approuvé par : Zeinab Daher, Ph.D.	Date d'entrée en vigueur 2013-06- 17	Page 4 de 4
--------------------------------------	-------------------------------	---------------------------------------	--	----------------

<p>Centre intégré de santé et de services sociaux de Lanaudière</p> <p><b>Québec</b></p> <p>Hôpital Pierre-Le Gardeur</p> <p><b>LABORATOIRE DE BIOLOGIE MÉDICALE</b></p>	<p><b>BIO-PRO-008</b></p> <p>Statut : Approuvé</p>
<p><b>DOSAGE DE MÉDICAMENTS PROCEDURE POUR LES DEMANDES URGENTES</b></p>	<p>Version 003</p>
	<p>Mise en vigueur : 2013-06-18</p>
	<p><b>Page 1 de 3</b></p>

## 1- OBJECTIF/CONTEXTE/DOMAINE D'APPLICATION

Déterminer la façon de traiter les demandes urgentes de dosage de médicaments.

Le dosage des médicaments est généralement effectué afin d'obtenir une réponse pharmacologique qui présente une efficacité thérapeutique maximale sans risque de toxicité. La concentration des médicaments doit se situer à l'intérieur d'une zone dite thérapeutique. Pour certains médicaments, le seuil toxique est très près de la limite supérieure de la zone thérapeutique.

Les demandes urgentes de dosage de médicament s'adressent le plus souvent aux cas où une intoxication est soupçonnée par le médecin.

## 2- DÉFINITIONS/ABRÉVIATIONS

C.A.P.Q : Centre anti-poison du Québec

## 3- MATÉRIEL REQUIS

N/A

## 4- ÉNONCÉ/SYSTÈME DE FONCTIONNEMENT

### 4.1 POUR LES DOSAGES DISPONIBLES À L'HPLG DU CSSSSL

*Salle d'urgence et unités de soins:*

Analyses disponibles 24 heures/jour et 7 jours/semaine:

Acétaminophène	Phénytoïne
Acide valproïque	Salicylates
Carbamazépine	Théophylline
Digoxine	Tobramycine
Gentamicine	Vancomycine
Lithium	

<p>Centre intégré de santé et de services sociaux de Lanaudière</p> <p><b>Québec</b></p> <p>Hôpital Pierre-Le Gardeur</p> <p><b>LABORATOIRE DE BIOLOGIE MÉDICALE</b></p>	<p><b>BIO-PRO-008</b></p> <p>Statut : Approuvé</p>
<p><b>DOSAGE DE MÉDICAMENTS PROCEDURE POUR LES DEMANDES URGENTES</b></p>	<p>Version 003</p>
	<p>Mise en vigueur : 2013-06-18</p>
	<p><b>Page 2 de 3</b></p>

## 4.2 POUR LES DOSAGES NON DISPONIBLES À L'HPLG DU CSSSSL

Se référer au document BIO-PRO-026

## 5- DOCUMENTS ASSOCIÉS

BIO-PRO-026 Analyse toxicologiques en provenance de l'urgence et non disponible au HPLG

## 6- RÉFÉRENCES

Aucune.

## 7-ENREGISTREMENT DES MODIFICATIONS

Version	Pages	Description de la modification	Approuvé par	Date AAAA-MM-JJ
001		Implantation	Yves Legault	2007-05-09


## 8- RÉVISION

La personne autorisée soussignée a révisé ce document à la date indiquée et l'a reconduit sans modification majeure.

Version	Nom	Date AAAA-MM-JJ
003	Zeinab Daher	2015-01-08
003	Mélanie Ricard	2017-02-08
003	Diane Gagnon	2019-07-15
003	Jennifer Pérusse	2021-12-20

<p>Centre intégré de santé et de services sociaux de Lanaudière</p> <p>Québec</p> <p>Hôpital Pierre-Le Gardeur</p> <p><b>LABORATOIRE DE BIOLOGIE MÉDICALE</b></p>	<p><b>BIO-PRO-008</b></p> <p>Statut : Approuvé</p>
<p><b>DOSAGE DE MÉDICAMENTS PROCEDURE POUR LES DEMANDES URGENTES</b></p>	<p>Version 003</p>
	<p>Mise en vigueur : 2013-06-18</p>
	<p><b>Page 3 de 3</b></p>

## 9- HISTORIQUE DES VERSIONS

Version	Actions	Nom et prénom	Signature de l'approbateur	Mise en vigueur AAAA-MM-JJ
002	Préparé par	Yves Legault		2007-05-09
	Vérifié par	Francine Fagnant		
	Approuvé par	Yves Legault		
003	Modifié par	Diane Gagnon		2013-06-18
	Vérifié par	Mélanie Ricard		
	Approuvé par	Zeinab Daher		

Fichier : BIO-PRO-008 Dosage de médicaments - Demandes urgentes.doc

<p>Centre intégré de santé et de services sociaux de Lanaudière</p> <p>Québec</p> <p>Hôpital Pierre-Le Gardeur</p> <p><b>LABORATOIRE DE BIOLOGIE MÉDICALE</b></p>	<p><b>CDP-PRO-002</b></p> <p>Statut : Approuvé</p>
<p><b>MÉTHODE DE PRÉLÈVEMENT POUR ÉCOUVILLONNAGE NASOPHARYNGÉ</b></p>	<p>Version 004</p>
	<p>Mise en vigueur : 2019-10-09</p>
	<p><b>Page 1 de 4</b></p>

## 1- OBJECTIF/CONTEXTE/DOMAINE D'APPLICATION

Cette procédure décrit la méthode de prélèvement d'un écouvillonnage nasopharyngé pour la recherche de pathogènes respiratoires par PCR, autant viraux que bactérien. La recherche d'Influenza/RSV, du PCR multiplex respiratoire bactérien ainsi que la recherche de *Bordetella pertussis* (coqueluche) par PCR sont maintenant effectués avec le même milieu de transport.

## 2- DÉFINITIONS/ABRÉVIATIONS

PCR : réaction d'amplification par polymérase en chaîne

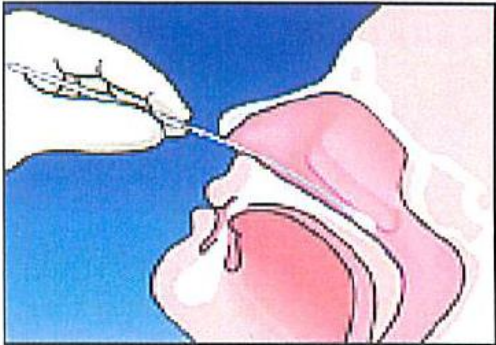
## 3- MATÉRIEL REQUIS

- Tube milieu UTM-RT de Copan (bouchon rouge) + écouvillon FLOQSwabs de Copan
- Équipement de protection individuelle approprié : masque, blouse, gants, visière

## 4- ÉNONCÉ/SYSTÈME DE FONCTIONNEMENT

Étapes	Descriptions
1	Se laver les mains et revêtir l'équipement de protection individuelle approprié.
2	Utiliser le milieu de transport UTM-RT et retirer l'écouvillon flexible FLOQSwabs de son emballage.
3	Installer le patient en position assise, la tête légèrement ramenée vers l'arrière.

<p>Centre intégré de santé et de services sociaux de Lanaudière</p> <p>Québec</p> <p>Hôpital Pierre-Le Gardeur</p> <p><b>LABORATOIRE DE BIOLOGIE MÉDICALE</b></p>	<p><b>CDP-PRO-002</b></p> <p>Statut : Approuvé</p>
<p><b>MÉTHODE DE PRÉLÈVEMENT POUR ÉCOUVILLONNAGE NASOPHARYNGÉ</b></p>	<p>Version 004</p>
	<p>Mise en vigueur : 2019-10-09</p>
	<p><b>Page 2 de 4</b></p>

4	<p>Insérer l'écouvillon délicatement dans la narine la plus perméable jusqu'à ce qu'une résistance soit ressentie (nasopharynx)</p> 
5	<p>Presser la tige souple en nylon floqué sur la muqueuse pour déloger et ramasser le matériel nécessaire. Faire des mouvements de rotation durant quelques secondes</p>
6	<p>Retirer délicatement l'écouvillon</p>
7	<p>Dans des conditions aseptiques, dévisser et retirer le bouchon du tube.</p>
8	<p>Insérer l'écouvillon dans le tube et plier la tige de l'écouvillon au point de cassure indiqué par la ligne de couleur visible sur la tige de l'écouvillon afin de casser la tige. Laisser la tige dans le milieu de transport, bien refermer le tube et envoyer au laboratoire dans les plus brefs délais.</p>
9	<p>Désinfecter le tube avec un tampon d'alcool et le mettre dans un sac de biosécurité.</p>
10	<p>S'assurer que le tube est bien identifié (double identification).</p>

## 5- DOCUMENTS ASSOCIÉS

Laboratoire de biologie médicale du CSSS Sud de Lanaudière, Guide de laboratoire, Recherche de MBPCR, MRPCR et MINFA.  
VIR-PON-008

<p>Centre intégré de santé et de services sociaux de Lanaudière</p> <p><b>Québec</b></p> <p>Hôpital Pierre-Le Gardeur</p> <p><b>LABORATOIRE DE BIOLOGIE MÉDICALE</b></p>	<p><b>CDP-PRO-002</b></p> <p>Statut : Approuvé</p>
<p><b>MÉTHODE DE PRÉLÈVEMENT POUR ÉCOUVILLONNAGE NASOPHARYNGÉ</b></p>	<p>Version 004</p>
	<p>Mise en vigueur : 2019-10-09</p>
	<p><b>Page 3 de 4</b></p>

## 6- RÉFÉRENCES

Leber et al. Clinical Microbiology Procedures Handbook, Collection of nasal pharyngeal swab. Section 3.11.6.2

Feuillet du fabricant : Milieu UTM-RT de Copan  
Feuillet du fabricant : FLOQSwabs de Copan

Répertoire Web des analyses du laboratoire du CHU Ste-Justine :  
PCR Multiplexe bactérienne sur écouvillon naso-pharyngés  
<https://www.chusj.org/Labotest/Accueil/Analyses.aspx?IdAnalyse=21889> (2018-03-15)


## 7-ENREGISTREMENT DES MODIFICATIONS

Version	Pages	Description de la modification	Approuvé par	Date AAAA-MM-JJ
003		Ajout de bactérie détectable. Ajout de milieu. Ajout d'EPI Clarification des étapes au point 4	Alain Charbonneau	2018-03-15
004		Milieu de transport universel pour tous les prélèvements. Association au guide MBPCR, MRPCR, MINFA.	Catherine Beaulieu	2019-10-09


## 8- RÉVISION

La personne autorisée soussignée a révisé ce document à la date indiquée et l'a reconduit sans modification majeure.

Version	Nom	Date AAAA-MM-JJ

<div> <div> Centre intégré de santé et de services sociaux de Lanaudière </div> <div>  </div> </div> <div> Hôpital Pierre-Le Gardeur </div> <div> LABORATOIRE DE BIOLOGIE MÉDICALE </div>	<b>CDP-PRO-002</b>  Statut : Approuvé
<b>MÉTHODE DE PRÉLÈVEMENT POUR ÉCOUVILLONNAGE NASOPHARYNGÉ</b>	Version 004
	Mise en vigueur : 2019-10-09
	<b>Page 4 de 4</b>

## 9- HISTORIQUE DES VERSIONS

Version	Actions	Nom et prénom	Signature de l'approbateur	Mise en vigueur AAAA-MM-JJ
001	Préparé par	Marie-France Gionet		2010-04-14
	Vérifié par	Louise Ducharme		
	Approuvé par	Gilles Murray		
002	Modifié par	Marie-France Gionet		2015-11-03
	Vérifié par	Diane Jetté		
	Approuvé par	Pierre-Jean Maziade		
003	Modifié par	Catherine Beaulieu		2018-03-15
	Vérifié par	Diane Jetté		
	Approuvé par	Alain Charbonneau		
004	Modifié par	Nathalie Jones		2019-10-09
	Vérifié par	Josée Grenier		
	Approuvé par	Catherine Beaulieu		

Fichier : CDP-PRO-002 PCR Multiplex bactérienne sur écouvillonnage naso-pharyngé



# LABORATOIRE CENTRAL DE BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

## RENSEIGNEMENTS CLINIQUES OBLIGATOIRES

☞ : VOIR INDICATIONS SPÉCIFIQUES À CERTAINES ANALYSES AU VERSO

## IDENTIFICATION DU MÉDECIN

Nom et prénom du médecin: \_\_\_\_\_  
No de pratique: \_\_\_\_\_  
Adresse de retour: \_\_\_\_\_  
Si analyse URGENTE, no de fax: \_\_\_\_\_

## INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES SUR ÉCHANTILLON

Type d'échantillon: \_\_\_\_\_  
Date de prélèvement: \_\_\_\_\_  
aa mm jj hre min

LA REQUÊTE DOIT ACCOMPAGNER/SUIVRE L'ÉCHANTILLON

## NÉOPLASIES MYÉLOPROLIFÉRATIVES

**Leucémie myéloïde chronique (LMC) avec BCR-ABL1**  
Dépistage (ex : leucocytose d'origine indéterminée) S2  
Suivi S2 Nombre de mois sous ITK? \_\_\_\_\_  
Post-greffe? Oui Non  
Recherche de mutation ABL1 (en cas de résistance ou rechute) S2  
Mutation JAK2  
(jak) Classique (V617F) S1/M (seqja) Exon 12 ¶,M  
(seqmp) Mutations MPL (W515L/K) ¶,S1/M  
(pdgfr) Leucémie éosinophilique chronique (FIP1L1-PDGFRα) S2/M  
(seqes) Leucémie neutrophilique & LMC atypique (mut. CSF3R) S2

## LEUCÉMIES AIGUES ET SYNDROMES MYÉLODYSPLASIQUES

**Leucémie lymphoblastique B avec t(9;22) (BCR-ABL1)**  
(mpber) Diagnostique S2/M (tqber) Suivi M  
**Leucémie promyélocytaire avec t(15;17) (PML-RARα)**  
(tr572) Diagnostique S2/M (tr572) Suivi M  
**LMA avec t(8;21) ou inv(16)**  
(seqek) Mutations c-KIT(exons 8 & 17) ¶,S1/M  
**LMA avec caryotype normal**  
(npml) Mutations NPM1 (exon 12) ¶,S2/M  
(flt3) Mutation FLT3/ITD ¶,S2/M  
(cebpa) Séquençage CEBPA ¶,S2/M  
Mutations TET2 (à venir)

## NÉOPLASIES LYMPHOÏDES MATURES

**Lymphome folliculaire avec t(14;18) (Bcl-2/IgH)**  
(bel21) Diagnostique ¶,S2/M (bel21) Suivi ¶,S2/M  
**Clonalité B (réarrangement IgH)**  
(clb) Diagnostique ¶,S1/M (clb) Suivi ¶,S1/M  
**Clonalité T (réarrangement TCRγ)**  
(clt) Diagnostique S1/M (clt) Suivi S1/M  
(seqgh) LLC, séquençage IgVH ¶,S2/M  
(braft) Tricholeucémie (BRAF V600E) S2/M

## COAGULATION

(fvlel) Facteur V Leiden (R506Q) S1  
(gpro) Mutation du gène de la prothrombine (G20210A) S1

## HOMÉOSTASIE DU FER

(hemoc) Hémochromatose héréditaire type 1 (HFE C282Y & H63D) S1  
(seqlf) Syndrome hyperferritinémie-cataractes (IRE FTL1 L-ferritine) S1

## IDENTIFICATION DU PATIENT (utiliser carte assurance maladie ou HMR)

Nom: \_\_\_\_\_  
Prénom: \_\_\_\_\_  
RAMQ: \_\_\_\_\_  
No dossier HMR: \_\_\_\_\_  
Age: \_\_\_\_\_  
No tél: \_\_\_\_\_

## ÉTUDE HLA

**HLA – Typage pour greffe de cellules souches hématopoïétiques**  
(hlaab & hlaadr) Typage complet: HLA-ABC, DR et DQ [S4]  
(hlaab) HLA-ABC [S2] (hlaadr) HLA-DR [S2]  
(aegmo) Recherche d'anticorps anti-HLA par Luminex (GMO) [SG2]  
**HLA – Association avec maladies [S2]**  
(hla27) HLA-B27 (hlaab) HLA-B5 (hlaab) HLA-A29  
(hla2q) HLA-DR,DQ (DQ2,8) Autre: \_\_\_\_\_  
**HLA – Transfusion de plaquettes**  
(achla) Recherche d'anticorps anti-HLA [SG1]  
(hlaab) Typage HLA-AB [S2]

## CHIMÉRISME

**Bilan pré-greffe S1**  
(chime) Donneur (chime) Receveur (zyg) Étude de gémeité  
Nom du receveur/donneur/jumeau: \_\_\_\_\_  
**Bilan post-greffe S2/M (chime)**  
Greffe familiale 6/6 myéloblastique (autre que pour PNH ou aplasie médullaire)  
J+21 et neutro <0.5 X 10<sup>9</sup>/L J+100  
anomalie FSC rechute  
Greffe familiale 5/6, non-apparentée, cordon, haplo., PNH ou aplasie médullaire  
J+21 et neutro <0.5 X 10<sup>9</sup>/L J+28 J+100  
+6 mois anomalie FSC rechute  
Greffe à régime de préparation réduit (mini ou midi)  
J+28 J+56 J+84 J+100  
+4 mois +5 mois +6 mois +9 mois  
+12 mois +15 mois +18 mois +24 mois  
+30 mois +36 mois +42 mois  
anomalie FSC rechute

## AUTRES

(clb) Clonalité X (HUM4R4) ¶,S2  
(seqmy) Macrothrombocytopénies héréditaires (mut. MYH9) ¶,S1  
(seqep) Polyglobulies familiales (mut. EPOR exon 8) S1  
Mastocytose systémique (mut. c-KIT D816V) S1/M  
(cada) Conservation de l'ADN S1/M

## PHARMACOGÉNOMIQUE ONCOLOGIQUE

(LA DEMANDE D'ANALYSE DOIT ÊTRE ENVOYÉE EN PATHOLOGIE)  
(egfrp) Mutations exon 19 et 21 EGFR (poumon) T  
(krs) Mutation codons 12-13 K-RAS (colon) T  
(brafm) BRAF V600E (mélanome) T

## MICROBIOLOGIE

(pbkjc) Virus BK/JC S2/U/C  
(infab) Virus de l'influenza A et B et virus respiratoire syncytial

## SPÉCIMENS ACCEPTABLES:

**S1,2,4:** Sang EDTA (S1: 1 tube; S2: 2 tubes; S4: 4 tubes)  
**SG1-2:** Sang avec gel (SG1: 1 tube; SG2: 2 tubes)  
**M:** Moelle EDTA (1 tube) **T:** Tissu  
**U:** Urine (1 tube) **C:** Prélèvement cervical

## ¶ Indications spécifiques à certaines analyses :

### Néoplasies lymphoïdes matures

#### *Bcl-2/IgH*

Peut être fait pour appuyer un diagnostic de lymphome folliculaire incertain par ailleurs. La valeur de cette PCR dans les suivis des patients n'est pas bien documentée dans la littérature. Elle pourrait s'avérer justifiée dans le suivi des allogreffés candidats aux DLI. Cette PCR ne constitue pas une analyse de maladie résiduelle à proprement parler.

#### **Clonalité B**

Lymphocytose B en investigation lorsque l'immunophénotype ne permet pas de conclure. Les nouveaux cas de LLC seront analysés au diagnostic sur demande. Pour le suivi, la cytométrie en flux a une sensibilité comparable à celle de la PCR IgH et est donc à privilégier.

#### **Séquençage IgVH**

Cette analyse concerne **uniquement** les LLC pour lesquelles un réarrangement IgH non muté conduirait à une intensification de traitement par allogreffe de moelle osseuse. *Des renseignements cliniques adéquats sont exigés en ce sens pour cette analyse.*

### Leucémies aiguës myéloïdes (LAM)

#### **Mutations *c-Kit*, *NPM* ou *FLT3/ITD***

La recherche des mutations de *FLT3*, *NPM1* et *CEBP4* est indiquée pour les nouveaux diagnostics de LAM à caryotype intermédiaire ET candidats à l'allogreffe de moelle osseuse. Le séquençage de *CEBP4* ne sera réalisé que si la recherche de mutation *FLT3-ITD* et *NPM1* s'avère négative.

La recherche de mutation de *c-Kit* est indiquée pour les patients avec LAM t(8;21) ou inv(16) qui sont susceptibles d'être orientés vers une allogreffe. *Des renseignements cliniques adéquats sont exigés en ce sens pour ces analyses.*

### Néoplasies myéloprolifératives

#### **Mutation *JAK2* exon 12**

Cette analyse pourrait être indiquée si on suspecte une Polycythémie Vraie, que la moëlle montre une hyperplasie érythroïde et que la recherche de mutation *JAK2* classique est négative. *Cette analyse doit être faite sur la moëlle.*

#### **Mutations *MPL***

La recherche de mutations *MPL* pourrait être indiquée si on suspecte une thrombocytopénie essentielle ou une myélofibrose primaire mais que la mutation *JAK2* classique est absente.

### Autres

#### **Macrothrombocytopénies héréditaires (mutations *MYH9*)**

Cette analyse peut être indiquée dans les cas d'anomalie May-Hegglin, de syndrome d'Epstein, de syndrome de Fechtner et de syndrome de Sebastian.

#### **Clonalité X**

Cette analyse pourrait être utile pour des sujets de sexe féminin chez qui on suspecte un syndrome myélodysplasique ou myéloprolifératif, mais chez qui les marqueurs traditionnels de clonalité sont négatifs.



CHU Sainte-Justine  
Le centre hospitalier  
universitaire mère-enfant  
Pour l'amour des enfants

Université  
de Montréal

3175, Côte Sainte-Catherine, Montréal, QC, H3T 1C5, 514 345-4931 poste 4931

# ANALYSES DE LABORATOIRE CYTOGÉNÉTIQUE

ATTENTION: Zone grise obligatoire

Prélèvement demandé: Date: \_\_\_\_\_ Heure: \_\_\_\_\_ ou Heure de tournée: 7h ☐ 11h ☐ 14h ☐ 17h ☐ 20h ☐ 00h ☐

Centre hospitalier: \_\_\_\_\_

Adresse: Numéro civique \_\_\_\_\_ Rue \_\_\_\_\_

Municipalité \_\_\_\_\_ Pays/Province \_\_\_\_\_

Code postal \_\_\_\_\_

Téléphone: \_\_\_\_\_ FAX: \_\_\_\_\_

MD Requéant: \_\_\_\_\_ # Licence: \_\_\_\_\_

Prélèvement fait: Date: \_\_\_\_\_ Heure: \_\_\_\_\_

Prélevé par: \_\_\_\_\_

Cocher obligatoirement la nature de l'échantillon et les analyses requises  
Âge à l'échographie: \_\_\_\_\_ DDM: \_\_\_\_\_

Conjoint de (nom et # dossier): \_\_\_\_\_

Identification du patient

Nom, Prénom

Sexe: F ☐ M ☐

# Dossier / #Ass. maladie:

Date de naissance:

ou

Plaquer carte

Diagnostic/Motif de l'examen: \_\_\_\_\_

## TYPE DE SPÉCIMEN

### Diagnostic prénatal poste: 6130

☐ Liquide Amniotique } tube 16 ml fond rond plastique stérile falcon #352037

☐ Liquide Avortement

☐ Sang de cordon (cordocentèse) (héparine de sodium)

☐ Biopsie chorale

☐ Autres: \_\_\_\_\_

### Constitutionnel poste: 5355 ou 5357 ou 5358

☐ Sang (héparine de sodium)

☐ Tissu Spécifier: \_\_\_\_\_

☐ Sang de cordon (post-natal)

### Oncologie poste: 5355 ou 5357 ou 5358

☐ Sang - affection hématologique (tube lavande)

☐ Moelle osseuse (héparine de sodium)

☐ Pré-traitement

☐ Pré-greffe

☐ Rémission

☐ Récidive / poussée de blastes

☐ Post-greffe / Donneur sexe ☐ F

☐ M

☐ auto

☐ Ganglions

☐ Tumeur Spécifier: \_\_\_\_\_

☐ Empreinte Spécifier: \_\_\_\_\_

☐ Autres: \_\_\_\_\_

## TEST (S) DEMANDÉ (S)

☐ **Caryotype**

☐ **Suivi familial; personne porteuse:**

☐ mère ☐ père ☐ autre: \_\_\_\_\_

### FISH pour Microdélétions:

☐ S. Angelman (15 q11q13)

☐ S. Prader-Willi (15q11q13)

☐ S. du Cri-du-chat (5p15.2)

☐ S. Smith-Magenis (17p11.2)

☐ S. DiGeorges (22q11.2)

☐ SRY (Yp11.3)

☐ Lissencéphalie isolée (17p13.3)

☐ S. Williams (7q11.2)

☐ S. Kallman (Xp22.3)

☐ S. Wolf-Hirschhorn (4p16.3)

☐ S. Miller-Dieker (17p13.3)

☐ Ichthyose liée au X (Xp22.3)

☐ Autres: \_\_\_\_\_

### FISH pour Subtélomères:

☐ Panel ☐ Subtélomère spécifique: \_\_\_\_\_

### FISH Interphasique:

☐ Panel Aneuvysion (X,Y, 13, 18, 21)

☐ Panel LAL

☐ Panel SMD

☐ Panel LAM

☐ EWS

☐ CMYC

☐ ALK

☐ FKHR

☐ Autre: \_\_\_\_\_

Cassures: ☐ DEB (Anémie de Fanconi)

☐ Irradiation

☐ Autre: \_\_\_\_\_

☐ Inactivation du X

☐ Extraction d'ADN en prénatal Indication: **(Veuillez remplir la requête de la biologie moléculaire)**

☐ PCR CMV (liquide amniotique)

☐ Culture de tissus seulement

☐ Envoi extérieur, destination: \_\_\_\_\_

☐ Autre: \_\_\_\_\_

## Demande d'analyses de cytométrie de flux (Immunologie cellulaire)

### Service d'hématologie

RENSEIGNEMENTS OBLIGATOIRES	
<b>Prescripteur</b> Nom, prénom : _____ No permis : _____ Unité de soins ou : _____ Adresse complète : _____  No téléphone : _____ Signature : _____ Date : ____/____/____	Nom, prénom : _____ No dossier ou : _____ NAM ou : _____ DDN et sexe : ____/____/____ M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> <div style="background-color: #e0e0e0; text-align: center; padding: 2px; font-weight: bold;">PRÉLÈVEMENT</div> Date : ____/____/____ Heure : _____ Prélevé par : _____
Renseignements cliniques : _____	
Liste des marqueurs inclus dans les bilans disponibles sur le site web du laboratoire : <a href="https://www.chumontreal.qc.ca/labo-chum-0">https://www.chumontreal.qc.ca/labo-chum-0</a>	
Liquides biologiques	Sang et moëlle
Cocher obligatoirement le type d'échantillon et l'analyse demandée	
<b>Type d'échantillon</b> <input type="checkbox"/> LCR (liquide céphalorachidien) <i>LCR, tube spécifique no 4</i> <input type="checkbox"/> Liquide péritonéal <i>1 tube lavande 4 ml</i> <input type="checkbox"/> Liquide pleural <i>1 tube lavande 4 ml</i> <input type="checkbox"/> LBA (lavage bronchoalvéolaire) <i>1 contenant stérile spécifique</i>  <b>Analyse demandée</b> <input type="checkbox"/> Bilan syndrome lymphoprolifératif <span style="float: right;">CFLUX</span> <input type="checkbox"/> Bilan de blastes <span style="float: right;">CFLUX</span> <input type="checkbox"/> Typage liquide biologique (CD4 et CD8%) <span style="float: right;">CFLUX</span>	<b>Type d'échantillon</b> <input type="checkbox"/> Sang <i>1 tube lavande 4 ml, (2 tubes pour SLP)</i> <input type="checkbox"/> Moëlle <i>1 tube vert foncé 6 ml (héparine de Na)</i>  <b>Analyse demandée</b> <input type="checkbox"/> Bilan syndrome lymphoprolifératif <span style="float: right;">CFLUX</span> <div style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Dx <input type="checkbox"/> Suivi Précisez : <input type="checkbox"/> B ou <input type="checkbox"/> T</div> <input type="checkbox"/> Bilan de blastes <span style="float: right;">CFLUX</span> <div style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Dx <input type="checkbox"/> Suivi Précisez : _____</div> <input type="checkbox"/> Bilan de gammapathie clonale <span style="float: right;">CFLUX</span> <input type="checkbox"/> Bilan d'immunodéficience <sup>1</sup> <sup>1</sup> marqueurs lymphocytaires T-B-NK <span style="float: right;">TBNK</span> <div style="margin-left: 20px;">(CD3/4/8/19/16+56/45 et CD38% et absolu)</div> <input type="checkbox"/> PNH-FLAER* ( <i>lundi avant 16h</i> ) <span style="float: right;">* Sang seulement PNHFL</span> <input type="checkbox"/> Bilan de greffe* <span style="float: right;">* Sang seulement CFLUX</span> <input type="checkbox"/> Bilan suivi CD20* <span style="float: right;">* Sang seulement CFLUX</span> <input type="checkbox"/> Bilan neuro* <span style="float: right;">* Sang seulement CFLUX</span>
Cellules souches	
<input type="checkbox"/> CD34 précollecte <i>2 tubes lavande 4 ml (sang)</i> <span style="float: right;">PCCS</span> <div style="margin-left: 20px;">(CD34 sang + FSC)</div> <input type="checkbox"/> CD34 collecte <i>2 tubes lavande 4 ml (liquide)</i> <span style="float: right;">CCS</span> <div style="margin-left: 20px;"></div> Volume de collecte (Vol. total - ACD): _____ ml  Poids du patient : _____ kg	
Quantification des globules rouges foetaux	
<input type="checkbox"/> Quantification des globules rouges foetaux <i>1 tube lavande 4 ml</i> <span style="float: right;">QGRFO</span> <div style="margin-left: 20px;">Remplace test de Kleihauer</div> Poids (patiente) : _____ kg Taille (patiente) : _____ cm	
Tissus et ganglions	
	<b>Type d'échantillon</b> <i>1 tube conique 15 ml (RPMI 3 ml)</i> Biopsie ou tissus Précisez : _____ <input type="checkbox"/> Bilan de ganglions <span style="float: right;">GOVIA</span>

## Génotypage du tropisme VIH-1

Identification du requérant	Identification du patient
<b>En provenance d'un établissement hospitalier</b>  Nom de l'établissement : _____  No de référence de l'échantillon : _____  <b>Prescripteur</b>  Nom complet : _____  No de permis : _____	Coller étiquette ou remplir la section ci-dessous
<b>En provenance d'une clinique (prescripteur)</b>  Nom complet : _____  No de permis : _____  Adresse complète et no de téléphone : _____ _____ _____	
	Nom, prénom : _____  No dossier CHUM ou : _____  NAM ou : _____  DDN et sexe : ____ / ____ / ____ <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F

Renseignements requis (veuillez remplir toutes les cases)	
Date et heure de prélèvement : 20____/____/____    heure : ____ h ____ m	
Charge virale du VIH    Résultat (copies/mL) : _____    Date : 20____/____/____	
Test de tropisme effectué sur :	<input type="checkbox"/> ARN viral/plasma : CVVIH $\geq$ 400 copies/ mL (1 tube lavande 4 mL, plasma décanté et congelé à -80 °C)  <input type="checkbox"/> ADN proviral/sang complet : CVVIH < 400 copies/mL ou indétectable (1 tube lavande 4 mL, non centrifugé)
Thérapie actuelle : <i>Lors du prélèvement</i>	

## Génotypage du VIH-1 pour la mesure de la résistance aux antirétroviraux

Identification du requérant		Identification du patient	
<b>En provenance d'un établissement hospitalier</b>  Nom de l'établissement : _____  No de référence de l'échantillon : _____  <b>Prescripteur</b>  Nom complet : _____  No de permis : _____		Coller étiquette ou remplir la section ci-dessous	
<b>En provenance d'une clinique (prescripteur)</b>  Nom complet : _____  No de permis : _____  Adresse complète et no de téléphone : _____ _____ _____			
<b>Renseignements requis (veuillez remplir toutes les cases)</b>			
Date et heure de prélèvement : 20____/____/____ heure : ____ h ____ m			
Charge virale du VIH    Résultat (copies/mL) : _____ Date : 20____/____/____			
Indication clinique :	<input type="checkbox"/> 1 Premier échec	<input type="checkbox"/> 5 Primo-infection (< 6 mois)	
	<input type="checkbox"/> 2 Échec subséquent	<input type="checkbox"/> 6 Autre (justifiez) : _____	
	<input type="checkbox"/> 3 Grossesse	<input type="checkbox"/> 7 Infection chronique (naïf au traitement)	
	<input type="checkbox"/> 4 Nouveau-né	<input type="checkbox"/> 8 Charge virale persistante (< 400 copies/mL) *	
	* Sur deux échantillons consécutifs à intervalle d'un mois ou plus.		
Test demandé :	<input type="checkbox"/> Inhibiteurs de la transcriptase inverse et de la protéase (VIH génotype)		
	<input type="checkbox"/> Inhibiteurs de l'intégrase (VIH génotype intégrase) <i>Indication : échec à un inhibiteur d'intégrase</i>		
Thérapie actuelle : <i>Lors du prélèvement</i>			



Hôpital Notre-Dame  
LOCAL HND E-6123

**PROVENANCE :**

**PRESCRIPTEUR : RENSEIGNEMENTS OBLIGATOIRES**

Nom, prénom :

N° permis :

Adresse de retour  
et n° téléphone :

Signature :

Date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Renseignements cliniques : \_\_\_\_\_

NOM :

PRÉNOM :

N° RAMQ ou :

N° Dossier CHUM :

**PRÉLÈVEMENT**

Date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Heure : \_\_\_\_\_

Prélevé par : \_\_\_\_\_

**RECEVEUR / TRANSPLANTATION D'ORGANE SOLIDE**

☐ TYPAGE HLA<sup>1</sup> (inclus anti HLA) **\*\* HLAGR (Inclus les anticorps anti-HLA)**

**A l'usage du laboratoire**

Maladie originale :

Organe

☐ Receveur urgent

Origine ethnique

Grossesses

☐ Receveur immédiat

☐ Transfusions antérieures

☐ Receveur non-immédiat

Types

Date

**ANTICORPS ANTI - HLA**

**A l'usage du laboratoire**

☐ Anticorps anti HLA (PRA, anticorps cytotoxiques)<sup>2</sup> **\*\* CICG**

☐ CDC (cytotoxicité complément dépendant)

☐ CMF (cytométrie de flux)

☐ Spécificités anti HLA donneur<sup>2</sup>

☐ Urgent

☐ Dépistage

☐ Epreuve de compatibilité<sup>2</sup>

☐ CDC (cytotoxicité complément dépendant)

☐ CMF (cytométrie de flux)

☐ \_\_\_\_\_

☐ \_\_\_\_\_

**DONNEUR**

**A l'usage du laboratoire**

☐ VIVANT

Receveur

Dossier

Lien

☐ Typage HLA<sup>3</sup>

☐ Epreuve de compatibilité (Donneur)<sup>4</sup>

☐ CDC (cytotoxicité complément dépendant)

☐ CMF (cytométrie de flux)

**AUTRES ou INFORMATION**

TUBES REQUIS	1	3 tubes VERT FONCÉ (héparine Sodium) 7 ml 2 tubes LAVANDE 4 ml 3 tubes ROUGES 7 ml	<b>** HLAGR (Inclus les anticorps anti-HLA)</b>
	2	2 tubes ROUGES 7 ml <b>** CICG</b>	
	3	3 tubes VERT FONCÉ (héparine Sodium) 7 ml 2 tubes LAVANDE 4 ml 1 tube ROUGE 7 ml	
	4	3 tubes VERT FONCÉ (héparine Sodium) 7 ml 1 tube ROUGE 7 ml	



CHU Sainte-Justine

Le centre hospitalier  
universitaire mère-enfant

Université   
de Montréal



HSJ-0508

## CONSENTEMENT POUR ANALYSES MOLÉCULAIRES GÉNÉTIQUES (ENFANT)

Je, \_\_\_\_\_, né(e) le \_\_\_\_\_,  
consens à ce qu'une analyse de l'ADN de mon enfant \_\_\_\_\_, né(e) le: \_\_\_\_\_,  
soit effectuée pour \_\_\_\_\_.

Cette analyse sera faite sur un échantillon de sang (si autre, spécifier : \_\_\_\_\_).

Dans certains cas, il arrive que le résultat obtenu soit difficile à interpréter.

- Je comprends qu'il est possible que l'on demande des **prélèvements sanguins chez les parents biologiques** pour aider l'interprétation des résultats.
- Je comprends qu'il est possible que les **implications du résultat obtenu pour la santé de mon enfant restent difficiles à établir.**

Il se peut que le test demandé n'identifie pas de changement génétique, même chez quelqu'un qui a la condition recherchée.

- Je comprends qu'un **résultat normal n'élimine pas complètement la possibilité qu'un changement génétique soit présent chez mon enfant** car un changement pourrait ne pas être détectable par la méthode utilisée, soit parce qu'il se trouve dans des parties du génome qui ne sont pas explorées par le test ou parce que la méthode utilisée ne peut détecter que certains types de changements.

### Si un CGH ou autre test génomique est effectué :

On me communiquera tous les résultats **potentiellement reliés à la raison** pour laquelle le test a été effectué.

Dans de rares cas, il se peut que l'analyse révèle **par hasard** des résultats sans lien avec la raison pour laquelle le test a été demandé (**découvertes fortuites**). Le laboratoire **ne cherchera pas activement** ce genre de résultat : si le résultat de mon enfant est normal, cela n'élimine pas la possibilité qu'un/des changement(s) génétique(s) (autres que ceux visés par l'analyse demandée) soient présents chez lui/elle.

Dans le cas d'une découverte fortuite,

- On me communiquera les découvertes fortuites qui ont un **impact connu** pour la santé de mon enfant durant l'enfance et l'adolescence ou **pour lequel un traitement ou une surveillance préventive est actuellement disponible durant l'enfance ou l'adolescence.**
- Les découvertes fortuites n'ayant **pas d'impact connu sur la santé selon les connaissances actuelles** ou n'ayant des implications **qu'à l'âge adulte** ne me seront pas divulguées. L'état de porteur d'une condition récessive ne sera **généralement pas divulgué.**

Je comprends que les résultats des tests me seront communiqués par le professionnel qui m'a offert l'analyse et seront par la suite disponibles dans le dossier médical de mon enfant.

Si des analyses semblables sont faites chez des **membres de ma famille**, ☐ je permets ou ☐ ne permets pas que les résultats des tests de mon enfant soient utilisés pour aider à l'interprétation de leurs résultats.

Signature \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

Témoïn \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

*J'ai expliqué l'analyse d'ADN proposée à la personne qui a consenti au test et j'ai répondu à ses questions.*

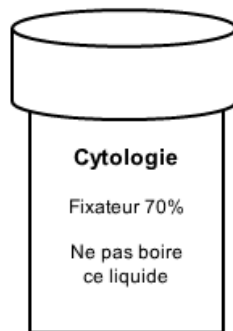
Signature du professionnel \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_



## INSTRUCTION POUR EFFECTUER LE PRÉLÈVEMENT POUR UNE EXPECTORATION

(CONTENANT AVEC FIXATEUR CYTOLOGIQUE)



Matériel pour faire votre prélèvement, vous devez avoir :

- ✓ 1 contenant avec fixateur cytologique (alcool 70%), identifié à votre nom;
- ✓ 1 sac de plastique avec pochette ;

### Objectif

Connaitre la procédure pour effectuer un prélèvement adéquat pour la cytologie d'expectoration.

### Avant de commencer

Préconiser un prélèvement effectué le matin dès le réveil, à jeun.

### Procédure du prélèvement

#### Étape 1 : Rinçage

Rincer la bouche avec de l'eau afin d'éliminer les sécrétions naso-pharyngiennes.

#### Étape 2 : Prélèvement \*\*\*

Prendre 3 à 4 respirations profondes avant de tousser puis cracher **directement** dans le pot contenant avec fixateur cytologique.

**\*\*\*Le spécimen doit provenir des voies respiratoires inférieures à la suite d'une toux profondes**

Bien agiter le contenant.

Répéter cette procédure **trois jours consécutifs**.

### Inscrire la date et l'heure

Inscrire la date et l'heure sur chaque contenant et chaque requête après le prélèvement.

### Identification de votre échantillon

Assurez-vous que votre contenant soit identifié :

- Nom et prénom complet
- RAMQ (ou dossier du HPLG)

### Conservation de votre échantillon

Conserver vos prélèvements au **réfrigérateur**.



### Rapporter votre échantillon

Mettre le contenant dans le sac bio  
hasard dans la partie fermée.

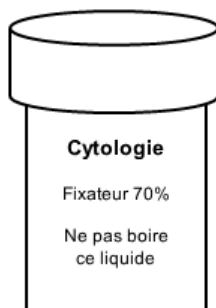
Rapporter à chaque jour ou la 3<sup>ème</sup> journée.



- Rapporter l'échantillon à l'endroit où vous avez obtenu votre trousse. Du lundi au vendredi :
  - o Centre des prélèvements dans les CLSC entre 6H30 et 14H00 du lundi au vendredi;
  - o CHPLG (réception du laboratoire, 2<sup>ème</sup> étage, bloc C) entre 8H00 et 15H45.
- Apporter avec vous, votre **échantillon** et votre **carte d'assurance maladie**.
- **Si l'échantillon ne répond pas aux exigences, le spécimen sera à reprendre.**

## INSTRUCTION POUR EFFECTUER LE PRÉLÈVEMENT POUR UNE CYTOLOGIE URINAIRE

(CONTENANT AVEC FIXATEUR CYTOLOGIQUE)



Matériel pour faire votre prélèvement, vous devez avoir :

- ✓ 1 contenant avec fixateur cytologique (alcool 70%) identifié à votre nom ;
- ✓ 1 sac de plastique avec pochette ;

### Objectif

Connaitre la procédure pour effectuer un prélèvement adéquat pour la cytologie d'urine.

### Avant de commencer

Ne pas prendre la première urine du matin.

Prendre n'importe quelle autre urine de la journée.

### Procédure du prélèvement

#### Étape 1 :

Nettoyer les organes génitaux et rincer à l'eau.

#### Étape 2 : Prélèvement

Laisser couler un peu d'urine dans la toilette et poursuivre le prélèvement en urinant directement dans le pot stérile qui vous a été remis.

Terminer la miction dans la toilette.

#### Important :

Répéter cette procédure trois jours consécutifs ou selon la demande du médecin.

### Inscrire la date et l'heure

Inscrire la date et l'heure sur chaque contenant et sur chaque requête après le prélèvement.

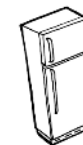
### Identification de votre échantillon

Assurez-vous que votre contenant soit identifié :

- Nom et prénom complet
- RAMQ (ou dossier du HPLG)

### Conservation de votre échantillon

Conserver vos prélèvements au réfrigérateur.



### Rapporter votre échantillon

Mettre le contenant avec fixateur cytologique rempli d'urine dans le sac bio hasard de la partie fermée.

Rapporter à chaque jour ou la 3<sup>ème</sup> journée.

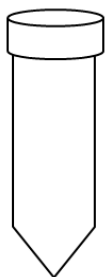


- Rapporter l'échantillon à l'endroit où vous avez obtenu votre trousse. Du lundi au vendredi :
  - o Centre des prélèvements dans les CLSC entre 6H30 et 14H00;
  - o CHPLG (réception du laboratoire, 2<sup>ème</sup> étage, bloc C) entre 8H00 et 15H45.
- Apporter avec vous, votre échantillon et votre carte d'assurance maladie.
- Si l'échantillon ne répond pas aux exigences, le spécimen sera à reprendre.

## INSTRUCTION POUR EFFECTUER LE PRÉLÈVEMENT POUR UNE

### SPERMOGRAMME

(CÔNE AVEC BOUCHON ROUGE)



Matériel pour faire votre prélèvement,  
vous devez avoir :

- ✓ 1 tube conique que vous vous êtes procuré à la réception du laboratoire, identifié à votre nom ;

#### Objectif

Connaitre la procédure pour effectuer un prélèvement adéquat pour un spermogramme.

### Avant de commencer

Veillez prendre un rendez-vous au numéro suivant : **450 581-3020**. Si vous ne pouvez pas vous présenter, s'il vous plaît nous en informer.

Date du rendez-vous : \_\_\_\_\_

Le prélèvement doit être effectué après **3 jours d'abstinence de relation sexuelle ou masturbation**. (Pas d'éjaculation)

Le prélèvement doit être fait à la maison entre 7h00 et 7h30 le matin de votre rendez-vous.

### Procédure du prélèvement

#### Étape 1 : Nettoyage

Bien nettoyer le pénis avant le prélèvement.

#### Étape 2 : Prélèvement

Recueillez tout le sperme émis lors d'une même éjaculation dans le tube conique.

Refermé hermétiquement le tube.

#### Inscrire la date et l'heure

Inscrire la date et l'heure sur chaque contenant après le prélèvement.

#### Identification de votre échantillon

Assurez-vous que votre contenant soit identifié :

- Nom et prénom complet
- RAMQ (ou dossier du HPLG)

### Conservation de votre échantillon

Maintenir le tube contenant le prélèvement à la température du corps. Par temps froid, conservé le spécimen au chaud près du corps.

### Rapporter votre échantillon

**Étape 1 :** Mettre le tube conique dans le sac bio hasard dans la partie qui se ferme.

**Étape 2 :** Conserver la copie de votre requête dans la pochette du sac qui ne se ferme pas (ne pas mettre le contenant et la requête dans la même pochette).



- Rapporter l'échantillon entre **8h00 et 8h30 le matin de votre rendez-vous** à l'endroit où vous avez obtenu votre trousse. Le **mercredi** de votre rendez-vous :
  - CHPLG (réception du laboratoire, 2<sup>ème</sup> étage, bloc C) à 8H00.
- Apporter avec vous : votre **échantillon**, votre **carte d'assurance maladie** et votre **prescription médicale originale** lors du premier rendez-vous.
- Si l'échantillon ne répond pas aux exigences, le spécimen sera à reprendre.

Prélèvement demandé: Date: \_\_\_\_\_ Heure \_\_\_\_\_ ou Heure de tournée: 7h ☐ 11h ☐ 14h ☐ 17h ☐ 20h ☐ 00h ☐

Unité de Soins/Clinique : _____ MD Requérant : _____ # Licence : _____  <b>Prélèvement fait: Date:</b> _____ <b>Heure</b> _____ <b>Prélevé par:</b> _____  Cocher obligatoirement la nature de l'échantillon et les analyses requises	Identification du patient  Nom, Prénom: _____  Sexe : F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>  # Dossier ou # Ass. maladie : _____  Date de naissance : _____ ou Plaquer carte d'identification : _____
---	---

Renseignements cliniques: \_\_\_\_\_

En demandant cette analyse, le médecin confirme avoir expliqué au (à la) patient(e) la nature du test demandé sur cette requête et ses bénéfices, limites et risques potentiels pour le (la) patient(e) et pour sa famille. Il (elle) confirme aussi avoir obtenu un consentement autorisant le test, de la part du (de la) patient(e) ou de son (sa) gardien(ne) légal(e).

### NATURE DE L'ÉCHANTILLON

POST-NATAL	PRE-NATAL (Nombre de semaines: _____)
<input type="checkbox"/> Sang : 5 ml EDTA _____ (nbre) tube(s) <input type="checkbox"/> Tissu: _____ <input type="checkbox"/> ADN: _____ (tissu d'origine, si autre que sang) <input type="checkbox"/> Buvard imbibé de sang d'un tube EDTA (LRPPRC et SACS seulement)	<input type="checkbox"/> ADN: _____ (préciser l'origine) <input type="checkbox"/> Amniocytes <input type="checkbox"/> Biopsie chorale en culture <input type="checkbox"/> Villosités chorales <input type="checkbox"/> Recherche de contamination foeto-maternelle: _____ <div style="text-align: right;">Préciser l'indication</div>

### BUT DU TEST DEMANDÉ

<input type="checkbox"/> Diagnostic (patient symptomatique) <input type="checkbox"/> Recherche de l'état de porteur <input type="checkbox"/> Diagnostic prénatal	<b>INFORMATIONS FAMILIALES</b> Nom du cas index : _____ Relation avec le cas index : _____ Autre échantillon envoyé pour cette famille : _____ Numéro de famille : _____
--	--

### ANALYSES

<input type="checkbox"/> Achondroplasie-Hypochondroplasie (FGFR3: Séquencage des exons 10 et 13) <input type="checkbox"/> ADN mitochondrial <sup>1</sup> (Renseignements cliniques détaillés obligatoires) <input type="checkbox"/> Séquencage <input type="checkbox"/> Délétion/duplication <input type="checkbox"/> Mutation connue <sup>2</sup> <input type="checkbox"/> Amyotrophie spinale <sup>1</sup> : <input type="checkbox"/> Délétion/duplication exon 7 SMN1 <input type="checkbox"/> Analyse de liaison familiale <input type="checkbox"/> Ataxie de Friedreich (Expansion GAA intron 1 FXN) <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> Ataxie spastique de Charlevoix-Saguenay (ARSACS) <input type="checkbox"/> SACS: c. 6594delT <input type="checkbox"/> SACS: c. 5254 C>T <input type="checkbox"/> Cirrhose infantile amérindienne UTP4 (CIRH1A): p.R565W <input type="checkbox"/> Craniosynostoses: <input type="checkbox"/> Syndrome de Muenke (FGFR3:p.P250R) <input type="checkbox"/> Syndrome d'Apert (FGFR2:p.P253R et FGFR2:p.S252W) <input type="checkbox"/> Déficit en lipoprotéine lipase (LPL:p.P207L et LPL:p.G188E) <input type="checkbox"/> Dysplasie thanatophore de type I et II (FGFR3: Séquencage des exons 7-10-15-19) <input type="checkbox"/> Dystrophie musculaire de Duchenne/Becker, DMD <sup>1</sup> : <input type="checkbox"/> Délétion/duplication <input type="checkbox"/> Analyse de liaison familiale <input type="checkbox"/> Extraction ADN: (Justification obligatoire): _____	<input type="checkbox"/> Hypercholestérolémie familiale, LDLR: Phénotype obligatoire: <input type="checkbox"/> Homozygote <input type="checkbox"/> Hétérozygote <input type="checkbox"/> Délétions de 15Kb et de 5Kb <input type="checkbox"/> Panel de mutations fréquentes <sup>3</sup> <input type="checkbox"/> Mutation spécifique au sein du panel: _____ <input type="checkbox"/> Pathologies Cries: <input type="checkbox"/> Encéphalite Crie: TREX1: p.R164X <input type="checkbox"/> Leucoencéphalopathie Crie: eIF2B5: p.R195H <input type="checkbox"/> Syndrome de Leigh, variante canadienne-française: <input type="checkbox"/> LRPPRC: p.A354V <input type="checkbox"/> LRPPRC: p.C1277Xdel8 <input type="checkbox"/> Syndrome HHH, SLC25A15: p.F188del <input type="checkbox"/> Syndrome de Rett, MECP2 <sup>1</sup> : <input type="checkbox"/> Séquencage des exons codants <input type="checkbox"/> Délétion/Duplication <input type="checkbox"/> Mutation connue <sup>2</sup> <input type="checkbox"/> Trouble de la glycosylation (CDG) type 1b: MPI:p.R295H <input type="checkbox"/> Autres analyses: _____
---	---

<sup>1</sup>: Cette analyse nécessite un échantillon de sang frais  
<sup>2</sup>: Veuillez joindre le rapport d'analyse d'un membre de la famille atteint/porteur pour toute recherche de mutation familiale non préalablement testée au laboratoire.  
<sup>3</sup>: Veuillez vous référer au site web pour le détail des mutations testées: <https://www.chusj.org/fr/Labotest>

### RÉCEPTION DES ÉCHANTILLONS

Laboratoire Central CHU Sainte-Justine Étage 2, bloc 9 3175, Côte Sainte-Catherine Montréal (Québec) H3T 1C5 Téléphone : 514-345-4642 Fax : 514-345-2339	<b>ARBRE GÉNÉALOGIQUE</b>
---	---------------------------

# ETUDE D'ADAMTS-13, CAS MICRO-ANGIOPATHIES THROMBOTIQUES

3175, Côte Sainte-Catherine, Montréal, QC, H3T 1C5, 514-345-4931 poste 5681

Prélèvement demandé: Date \_\_\_\_\_ Heure \_\_\_\_\_ ou Heure de tournée: 7h ☐ 11h ☐ 14h ☐ 17h ☐ 20h ☐ 00h ☐

Centre hospitalier : _____	Identification du patient
Adresse: Numéro civique _____ Rue _____	Nom, Prénom : _____
Municipalité _____ Pays/Province _____	Sexe : F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
Code postal _____	# Dossier / # Ass. maladie : _____
Téléphone: _____ FAX: _____	Date de naissance : _____
MD Requérant : _____ # Licence : _____	ou
Prélèvement fait: Date: _____ Heure _____	Plaqueur carte
Année/mois/jour	
Prélevé par: _____ STAT <input type="checkbox"/>	

## FICHE DE RENSEIGNEMENTS CLINIQUES À JOINDRE AUX PRÉLÈVEMENTS

Répondre obligatoirement à l'ensemble de ces questions afin que nous puissions procéder aux analyses

### PATHOLOGIE SUSPECTÉE :

- » Purpura thrombotique thrombocytopénique (PTT) ☐
- » Syndrome hémolytique et urémique (SHU) : Typique ☐ Atypique ☐

ÉPISODE de micro-angiopathies thrombotiques antérieures: ☐ NON ☐ OUI préciser les dates : \_\_\_\_\_  
Année/mois/jour

### PATHOLOGIES ASSOCIÉES :

Grossesse ☐ Sem. Gross. \_\_\_\_\_ ☐ Cancer ☐ Infection ☐ Greffe  
Médicament ☐ Préciser : \_\_\_\_\_ ☐ Autres Préciser : \_\_\_\_\_

### CONTEXTE CLINIQUE CORRESPONDANT À UNE PHASE AIGÜE :

- » Fièvre : ☐ NON ☐ OUI
- » Signes neurologiques : ☐ NON ☐ OUI Préciser : \_\_\_\_\_
- » Signes abdominaux : ☐ NON ☐ OUI Préciser : \_\_\_\_\_

### PARAMÈTRES BIOLOGIQUES :

- » Anémie hémolytique : ☐ NON ☐ OUI
- » Thrombopénie : ☐ NON ☐ OUI

### TRAITEMENT :

Moment du prélèvement par rapport au traitement : \_\_\_\_\_

Si traitement, lequel? : \_\_\_\_\_

## MODALITÉS DE PRÉLÈVEMENT ET D'ENVOI DES ÉCHANTILLONS DE SANG

- Prélever un tube de sang veineux périphérique sur tube citraté 3,2% (0,109mM) de 4,5 ml.  
Sauf cas particulier, avant tout traitement, notamment transfusion de plasma et/ou échange plasmatique.

**N.B. NE PAS PRÉLEVER SUR EDTA OU SUR HÉPARINE.**

- Centrifuger l'échantillon à 2500g ou plus, pendant 10 minutes, entre 18 et 25°C
- Décanter le plasma en plusieurs aliquotes (au moins 3) d'au moins 500µL chacune
- Congeler les aliquotes de plasma à -20°C ou moins, jusqu'à l'envoi qui sera effectué sur glace sèche
- Toutes les aliquotes doivent être parfaitement identifiées  
(Nom, Prénom du patient, date de naissance, date et heure de prélèvement)
- Les aliquotes doivent être obligatoirement accompagnées du formulaire de renseignements cliniques (F-726)

Sur le colis

- Inscrire l'adresse complète du laboratoire
- Inscrire l'hôpital et le laboratoire d'origine (vous)
- Inscrire le nombre d'échantillons que le colis contient
- Insérer les requêtes (F-726) dans un sac « ziploc » étanche dans un compartiment distinct des échantillons diagnostiques.

- Envoyer les aliquotes sur glace sèche au laboratoire : CHU Sainte-Justine  
Laboratoire d'hémostase, 2<sup>e</sup> étage bloc 6, local 2610, A/S Anik Cormier  
3175, Côte Sainte-Catherine  
Montréal, QC, H3T 1C5

Information: 514 345-4931 #7170

Prélèvement demandé: Date \_\_\_\_\_ Heure \_\_\_\_\_ ou Heure de tournée: 7h ☐ 11h ☐ 14h ☐ 17h ☐ 20h ☐ 00h ☐

Unité de Soins/Clinique : \_\_\_\_\_  
MD requérant : \_\_\_\_\_ # Licence : \_\_\_\_\_  
**Prélèvement fait: Date:** \_\_\_\_\_ **Heure** \_\_\_\_\_  
**Prélevé par:** \_\_\_\_\_  
Cocher obligatoirement la nature de l'échantillon et les analyses requises  
☐ Sang ☐ Urine ☐ LCR ☐ Liquide amniotique  
☐ Biopsie de: \_\_\_\_\_  
☐ Post-mortem (date et heure décès) : \_\_\_\_\_  
☐ Autres: \_\_\_\_\_

Identification du patient

Nom, Prénom:

Sexe : F ☐ M ☐

# Dossier ou # Ass. maladie :

Date de naissance :

ou

Plaquer avec carte

Renseignement clinique: \_\_\_\_\_

**Métabolites**

**Sang total**

**Tube vert Héparine sans gel**

- ☐ Acides aminés (à jeun 4 hrs) 1 ml  
☐ Acide méthylmalonique 2 ml  
☐ Carnitine libre et estérifiée 0,5 ml  
☐ Galactose-1-phosphate 6 ml

**URINE seulement**

Miction **urinaire** volume minimum

- ☐ Acides organiques 10 ml  
☐ Acide méthylmalonique 5 ml  
☐ Acides aminés 5 ml  
☐ Glycosaminoglycans (Mucopolysaccharides) 5 ml  
☐ Hippurate 5 ml  
☐ Orotate 5 ml

**Tests métaboliques urinaires**

- ☐ DNPH 5 ml  
☐ Acétest 5 ml  
☐ Sulfitest 5 ml  
☐ Autres: \_\_\_\_\_

**Contacteur le labo au préalable**

- ☐ Cystine-Lysosome (Cystinose)  
☐ Corps cétoniques (β-hydroxybutyrate et acétoacétate)

**Enzymes lysosomaux**

**Tube vert Héparine sans gel 8 ml T° pièce**

- ☐ Fabry (α-galactosidase)  
☐ Fucosidose (α-fucosidase)  
☐ Gaucher (β-glucosidase)  
☐ Hunter (Iduronate sulfatase)  
☐ Hurler (α-iduronidase)  
☐ Krabbe (β-galactocérébrosidase)  
☐ Leucodystrophie métachromatique (arylsulfatase A)  
☐ α-Mannosidose (α-mannosidase)  
☐ β-Mannosidose (β-mannosidase)  
☐ Morquio A (galactosamine-6-sulfatase)  
☐ Morquio B / gangliosidose GM1 (β-galactosidase)  
☐ Mucopolidose II-III (I-Cell)  
☐ Niemann-Pick A et B (sphingomyélinase)  
☐ Pompe (α-glucosidase)  
☐ Sanfilippo A (héparane-sulfate sulfatase)  
☐ Sanfilippo B (α-N-acétyl-D-glucosaminidase)  
☐ Sanfilippo C (Acétyl CoA: glucosaminide N-acétyltransférase)  
☐ Sanfilippo D (N-acétylglucosamine 6-sulfatase)  
☐ Schindler (α-N-acétylgalactosaminidase)  
☐ Sialidose (sialidase / neuraminidase)  
☐ Sly (β-glucuronidase)  
☐ Tay-Sachs : statut de porteur (β-hexosaminidases A et B)  
☐ Tay-Sachs : patient symptomatique (β-hexosaminidases A et B)  
☐ Wolman / CESD (lipase acide)  
☐ Autre enzyme lysosomale \_\_\_\_\_

**Enzymes cycle de l'urée**

**Contacteur le labo au préalable**

- ☐ Arginase  
☐ Argininosuccinate lyase  
☐ Argininosuccinate synthétase  
☐ Carbamyl phosphate synthétase  
☐ Ornithine transcarbamylase

**Autres tests enzymatiques**

- ☐ Disaccharidases sur liquide amniotique 5 ml

**Autres tests (biochimiques)**

- ☐ \_\_\_\_\_  
☐ \_\_\_\_\_

**Réservé prescripteur CHUSJ**

**Tube vert Héparine sans gel**

- ☐ Acides gras très longues chaînes 2 ml  
☐ Acylcarnitines 0,5 ml  
☐ 7-Déhydrocholestérol 2 ml

**Tube doré (sérum)**

- ☐ Tranferrine glycosylée 2 ml

**URINE seulement**

Miction **urinaire** volume minimum

- ☐ Purines et Pyrimidines 5 ml  
☐ Succinylacétone 5 ml  
☐ Guanidinoacétate-créatine 5 ml

Arbre Généalogique (obligatoire dans le contexte d'un diagnostic prénatal avec un cas dans la famille)

Patiente enceinte ☐ oui ☐ non Âge gestationnel au moment du prélèvement : \_\_\_\_\_ semaines

Usage interne (ne rien écrire)

# Analyses de laboratoire **HEMATOLOGIE SPÉCIALE**

Prélèvement demandé: Date \_\_\_\_\_ Heure \_\_\_\_\_ ou Heure de tournée: 7h ☐ 11h ☐ 14h ☐ 17h ☐ 20h ☐ 00h ☐

Unité de Soins/Clinique : _____  MD Requérant : _____ # Licence : _____  <b>Prélèvement fait: Date:</b> _____ <b>Heure</b> _____  <b>Prélevé par:</b> _____  Cocher obligatoirement la nature de l'échantillon et les analyses requises SANG : <input type="checkbox"/> URINE : <input type="checkbox"/> MOËLLE : <input type="checkbox"/> LIQUIDE BIOLOGIQUE : LCR <input type="checkbox"/> PLEURAL <input type="checkbox"/> ASCITE <input type="checkbox"/> AUTRE : _____	<b>Identification du patient</b>  Nom, Prénom : _____  Sexe : F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>  # Dossier ou # Ass. maladie : _____  Date de naissance : _____ ou Plaquer avec carte
--	---

## Renseignement clinique:

### PHÉNOTYPAGE (Tube lavande)

#### Population Lymphocytaire \*\*

- ☐ Bilan Lymphocytaire: T, B, NK  
☐ CD3, CD4, CD8 Lymphocyte T  
☐ CD20  
☐ Kappa/Lambda

#### Marqueur d'adhésion

CD11a, CD11b, CD18

- ☐ **CD34 circulant \*\***  
☐ **PNH** CD55/CD59 \*\*\*

#### ☐ Décompte et morphologie

### CYTOCHIMIE

- ☐ Panel Leucémie  
☐ Corps de Heinz  
☐ Bleu de Prusse  
☐ Autres: \_\_\_\_\_

### PHÉNOTYPAGE (Tube héparine sans gel)

- ☐ **HLA-B27**    ☐ **HLA-B7**  
  
☐ **Panel leucémie/lymphome**  
  
☐ **MPO** (myloperoxidase)  
  
☐ **EMA** date de dernière transfusion: \_\_\_\_\_  
année - mois - jour

### DIVERS

- ☐ Test de Kleihauer (tube lavande)  
 Cellules Foetales  
  
☐ Ploïdie/Index ADN  
  
☐ Autres: \_\_\_\_\_

\*\* FSC du jour nécessaire

\*\*\* SUR RENDEZ-VOUS SEULEMENT TEL : 2733

## À L'USAGE DU LABORATOIRE UNIQUEMENT

Facile ☐ Difficile ☐

Aspiration:

Site: \_\_\_\_\_ Ventre ☐ Côté ☐

Bx: ☐ Autre: \_\_\_\_\_

Bio.Mol. : ☐

Cyto. : ☐

MRD : ☐

Cellularité: \_\_\_\_\_

Méga: \_\_\_\_\_

Lignée: \_\_\_\_\_

Blaste: \_\_\_\_\_

Dépistage:

Recherche d'amas:

Aspect: \_\_\_\_\_

Leuco. : \_\_\_\_\_

Érythro. : \_\_\_\_\_





CHU Sainte-Justine

Le centre hospitalier  
universitaire mère-enfant



3175, Côte Sainte-Catherine, Montréal, QC, H3T 1C5, 514-345-4642

F-1711 # INI : 3994745 (RÉV. 2019-06)

ATTENTION : Zone grise obligatoire

# Analyses du LABORATOIRE D'HÉMOSTASE

Prélèvement demandé: Date \_\_\_\_\_ Heure \_\_\_\_\_ ou Heure de tournée: 7h ☐ 11h ☐ 14h ☐ 17h ☐ 20h ☐ 00h ☐

Unité de Soins/Clinique : \_\_\_\_\_

MD Requérant : \_\_\_\_\_ # Licence : \_\_\_\_\_

**Prélèvement fait: Date:** \_\_\_\_\_ **Heure** \_\_\_\_\_

**Prélevé par:** \_\_\_\_\_

Cocher obligatoirement la nature de l'échantillon et les analyses requises

Médication: ☐ Aucun ☐ Héparine ☐ Coumadin  
☐ AINS ☐ Pr. naturel ☐ Anti-plaquettaire  
☐ AAS ☐ Autres : \_\_\_\_\_

Prélèvement: ☐ I.V ☐ Canule ☐ Port-à-cath  
☐ Picc-line ☐ Autres : \_\_\_\_\_

Identification du patient

Nom, Prénom:

Sexe : F ☐ M ☐

# Dossier ou # Ass. maladie :

Date de naissance :

ou

Plaquer avec carte

Renseignement clinique: \_\_\_\_\_ ☐ Non disponible

## COAGULOGRAMME

☐ Coagulogramme JCOAG  
(Contient : T.Prothrombine/INR, APTT et Fibrinogène) ☐ T.Prothrombine/INR PTMS ☐ APTT PTMS ☐ Fibrinogène FIBR

☐ Dosage de l'HÉPARINE \* ☐ Enox/Fragmin/Lovenox HEPB ☐ Dosage d'anticoagulants\* ☐ Rivaroxaban/Dabigatran HEPRX  
Type : \_\_\_\_\_ ☐ Standard HEPS Type : \_\_\_\_\_ ☐ Fondaparinux HEPP  
\* Nom commercial obligatoire ☐ Orgaran HEPG

## DIAGNOSTIC VON WILLEBRAND

## DIAGNOSTIC THROMBOSE

## MICROANGIOPATHIE THROMBOTIQUE

☐ Temps de saignement : ☐ ADP PFADP ☐ EPI PFEPI  
☐ Facteur VIII : C F8R  
☐ Facteur vWF : Ag VWFR  
☐ Facteur vWF : Activité RICOV  
☐ vWF Multimères MULTI  
☐ Liaison du vWF : Ag au collagène LCBVW  
☐ Liaison du FVIII au vWF L8VWF

☐ Temps de thrombine TTHR  
☐ Résistance à la protéine C activée APCSR  
☐ Protéine C amidolytique PCCHU  
☐ Protéine S Libre antigénique SLAGR  
☐ Antithrombine amidolytique AT3U

☐ ADAMTS-13 activité AD13A  
☐ Anti-ADAMTS-13 IgG AD13G  
☐ Ac. Anti-facteur H AAFH  
☐ Complément Facteur I FACTI  
☐ Dosage Eculizumab ECULI  
☐ SC5b-9 SC5B9

## DOSAGE DES FACTEURS

## ANTIPHOSPHOLIPIDES

## AUTRES

☐ II : C F2R ☐ VIII : C F8R  
☐ V : C F5R ☐ IX : C F9R  
☐ VII : C F7R ☐ XI : C F11R  
☐ X : C F10R ☐ XII : C F12R  
☐ FIB:Ag 1AG ☐ XIII : C FSFQ

☐ Anticoagulant lupique RALM } ACLAM  
☐ Anticardiolipines ACL  
☐  $\beta$ -2 glycoprotéine B2GP1

☐ TEG TEG  
☐ Fonctions plaquettaires FPLQ1  
☐ C1 inhibiteur fonctionnel C1INH  
☐ Anticorps anti-héparine AAH  
☐ Anti-cérébrosidase GAUC2  
☐ Titrage Anti-C1 inhibiteur ACINH

## INHIBITEUR DES FACTEURS

## FIBRINOLYSE

☐ Dépistage ☐ Anti-VIII DEP18 ☐ Anti-IX DEP19  
☐ Dosage ☐ Anti-VIII DINHB ☐ Anti-IX DINHB  
☐ ELISA ☐ Anti-VIII 8DIGG ☐ Anti-IX 9DIGG ☐ Anti-XIII 13IGG

☐ Lyse des euglobulines LYSEU  
☐ tPA : Ag TPA1  
☐ PAI-1 : Ag PAI  
☐ PAI-1 : Activité PAIAC  
☐ Plasminogène amidolytique PLG  
☐  $\alpha$ -2 antiplasmin amidolytique APA

☐ Précisez SVP : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## COMMENTAIRES :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Section réservée au LABORATOIRE  
Étiquette code à barres



## FORMULAIRE JUSTIFICATIF : Identification bactérienne sur spécimen à culture négative (ARNr 16S)

**À joindre obligatoirement à la demande**

Nom du patient :		
Votre référence :		
Type de prélèvement		
Spécimens idéaux	Spécimens à considérer	Spécimens refusés *
<input type="checkbox"/> Biopsie cardiovasculaire <input type="checkbox"/> Hémoculture	<input type="checkbox"/> Biopsie osseuse <input type="checkbox"/> Tissu mou <input type="checkbox"/> Liquide céphalo-rachidien <input type="checkbox"/> Liquide synovial <input type="checkbox"/> Autres liquides biologiques : _____	<input checked="" type="radio"/> Sérum <input checked="" type="radio"/> Plasma <input checked="" type="radio"/> Tissu paraffiné <input checked="" type="radio"/> Sites non-stériles  <i>* Sauf si justification, veuillez nous appeler</i>
Conservation du prélèvement	<input type="checkbox"/> Réfrigéré <input type="checkbox"/> Congelé	<input type="checkbox"/> Température ambiante <input type="checkbox"/> Incubation hémoculture
Renseignements		
Est-ce que ce spécimen est à risque de contenir un agent pathogène de groupe de risque 3 ? y compris <i>Mycobacterium tuberculosis</i> ?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Si oui, préciser lequel : _____ Désirez-vous que l'on effectue le TAAN approprié sur ce spécimen ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Veuillez indiquer tout autre renseignement pouvant aider les analyses  <i>Ex. - bactéries vues au Gram?</i> - Syndrome clinique? Ex endocardite, etc. - Hypothèses diagnostiques ?	Gram : _____ Syndrome clinique : _____ _____ _____ Hypothèses diagnostiques : _____ _____ _____	
Analyses déjà effectuées sur le spécimen	<input type="checkbox"/> Culture <input type="checkbox"/> TAAN spécifique : Préciser : _____ Résultat : _____ <input type="checkbox"/> Pathologie : Résultat : _____	
Infectiologue traitant à contacter pour clarifications ou transmettre le résultat :	Nom : _____ Numéro de téléphone : _____	



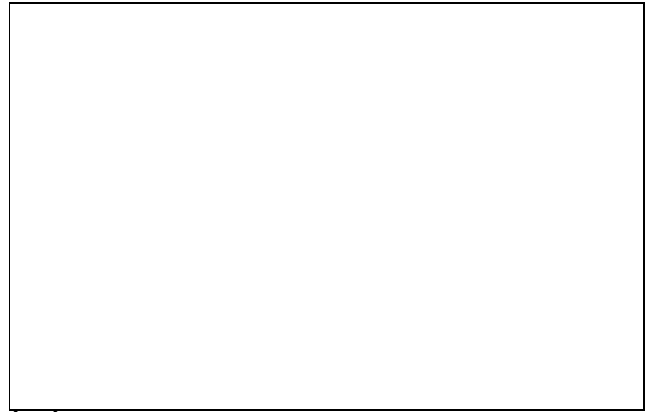
CHU Sainte-Justine

Le centre hospitalier  
universitaire mère-enfant

Université   
de Montréal



HSJ-0509



## CONSENTEMENT POUR ANALYSES MOLÉCULAIRES GÉNÉTIQUES (ADULTE)

Je, \_\_\_\_\_, né(e) le \_\_\_\_\_, consens à ce qu'une analyse de mon ADN soit effectuée pour : \_\_\_\_\_.

Cette analyse sera faite sur un échantillon de sang (si autre, spécifier : \_\_\_\_\_).

Dans certains cas, il arrive que le résultat obtenu soit difficile à interpréter.

- Je comprends qu'il est possible que l'on demande des **prélèvements sanguins chez mes parents biologiques** pour aider à l'interprétation de mes résultats.
- Je comprends qu'il est possible que les **implications du résultat obtenu pour ma santé restent difficiles à établir**.

Il se peut que le test demandé n'identifie pas de changement génétique, même chez quelqu'un qui a la condition recherchée.

- Je comprends qu'un **résultat normal n'élimine pas complètement la possibilité qu'un changement génétique soit présent chez moi** car un changement pourrait ne pas être détectable par la méthode utilisée, soit parce qu'il se trouve dans des parties du génome qui ne sont pas explorées par le test ou parce que la méthode utilisée ne peut détecter que certains types de changements.

### Si un CGH ou autre test génomiques est effectué :

On me communiquera **tous les résultats reliés à la raison** pour laquelle le test a été effectué.

Dans de rares cas, en faisant l'analyse pour la raison ci-haut, il se peut que l'on identifie **par hasard** des résultats sans lien avec la raison pour laquelle le test a été demandé mais pouvant avoir un impact sur ma santé (**découvertes fortuites**).

Le laboratoire **ne cherchera pas activement** ce genre de résultat : si mon résultat est normal, cela n'élimine pas la possibilité qu'un/des changement(s) génétique(s) (autres que ceux visés par l'analyse demandée) soient présents chez moi. Si jamais on identifiait chez moi une découverte fortuite, (*choisir une des trois options*) :

- ☐ 1. Je **ne veux pas** que des découvertes fortuites me soient divulguées.
- ☐ 2. Je veux que l'on me communique toute découverte fortuite qui a un **impact potentiel pour ma santé et pour lequel un traitement ou une surveillance préventive est actuellement disponible**. Je ne veux pas que des découvertes fortuites pour lesquelles aucun traitement ou surveillance n'est actuellement disponible me soient divulguées.

Ou (*seulement dans le cas d'adultes aptes à décider pour eux-mêmes*) :

- ☐ 3. Je veux que l'on me communique **toutes les découvertes fortuites** qui ont un impact potentiel sur ma santé, même s'il s'agit de découvertes fortuites pour lesquelles aucun traitement ni surveillance n'est actuellement disponible.

Je suis conscient(e) que le fait d'apprendre fortuitement que j'ai une condition ou une prédisposition génétique pourrait avoir un impact sur mon assurabilité.

Découverte fortuite d'un risque reproductif (*répondre séparément*) :

- ☐ Je veux ☐ Je ne veux pas que l'on me communique **toute découverte fortuite** qui augmenterait mon risque d'avoir un enfant atteint d'une condition génétique (ex. dystrophie musculaire, délétion 22q11.2, alpha-thalassémie, etc).

Je comprends que les résultats des tests me seront communiqués par le professionnel qui m'a offert l'analyse et seront par la suite disponibles dans mon dossier médical.

Si des analyses semblables sont faites chez des **membres de ma famille**, ☐ je permets ou ☐ ne permets pas que les résultats de mes tests soient utilisés pour aider à l'interprétation de leurs résultats.

Signature (patient(e) ou tuteur légal si inapte)

Date

Témoin

Date

*J'ai expliqué l'analyse d'ADN proposée à la personne qui a consenti au test et j'ai répondu à ses questions.*

Signature du professionnel

Date



## FORMULAIRE DE CONSENTEMENT POUR ANALYSE GÉNÉTIQUE MOLÉCULAIRE

Date : \_\_\_\_\_  
AAAA/MM/JJ

Je soussigné(e), \_\_\_\_\_, consens par la présente à participer à une analyse pour \_\_\_\_\_, utilisant un test d'ADN. Je permets le prélèvement d'échantillons biologiques sur ☐ moi-même/☐ mon enfant mineur, \_\_\_\_\_, devant être utilisés pour une analyse d'ADN pour la maladie mentionnée ci-haut.

### Je comprends que :

1. Les résultats de cette analyse seront révisés par le professionnel médical du centre universitaire de santé McGill (CUSM) et seront rapportés que par un médecin, une conseillère en génétique ou autre professionnel génétique.
2. Il/elle m'a expliqué le test d'ADN et que son exactitude peut-être moins de 100%.
3. Une erreur dans le diagnostic de l'état de la maladie peut se produire si le lien biologique réel des membres de la famille, passant le test ne sont pas comme je l'ai indiqué. Par exemple, une non-paternité peut être détectée (c'est-à-dire, le nom du père mentionné d'une personne n'est pas le vrai père biologique).
4. Un diagnostic erroné chez un membre d'une famille peut aussi mener à un diagnostic inexact chez d'autres personnes parentes qui passent le test.
5. Les résultats du test sont pour mon utilité seulement, mais ces résultats peuvent être utilisés pour l'interprétation de résultats chez d'autres membres de ma famille sans que mon nom et identité ne soient mentionnés.
6. La participation à une analyse d'ADN est entièrement volontaire.

Cochez conformément

De plus, je comprends que mes résultats peuvent bénéficier autres membres de la famille et je ☐ donne / ☐ ne donne pas la permission de partager mon information génétique avec d'autres membres de la famille.

Si une technologie nouvelle appropriée devenait disponible, je ☐ donne/ ☐ ne donne pas la permission pour que mon échantillon d'ADN / l'échantillon d'ADN de mon enfant soit utilisé dans le futur pour d'autres analyses pour la même condition ou d'autres conditions.

Je ☐ donne/ ☐ ne donne pas la permission pour que mon échantillon d'ADN / l'échantillon d'ADN de mon enfant soit anonymisé et utilisé comme échantillon de contrôle pour la même condition ou d'autres conditions.

Signature : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_  
AAAA/MM/JJ

Témoïn : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_  
AAAA/MM/JJ



## INFORMED CONSENT FOR MOLECULAR GENETIC TESTING

Date: \_\_\_\_\_  
YYYY/MM/DD

I, the undersigned, \_\_\_\_\_, hereby agree to participate in testing for  
\_\_\_\_\_, using a DNA-based test. I give permission to collect  
biological samples from ☐ myself / ☐ my minor child, \_\_\_\_\_,  
to be used for DNA testing for the disease listed above.

### I understand that:

1. The results of this testing will be reviewed by the health care professional staff of the McGill University Health Centre (MUHC) and *will be reported to me only through a physician, genetic counselor, or certified genetics professional.*
2. DNA testing has been explained to me and I understand that the accuracy of the test may be less than 100%.
3. An error in the diagnosis of disease status may occur if the true biological relationships of the family members being tested are different from what I have stated. For example, non-paternity may be detected (that is, the stated father of an individual is not the true biological father).
4. Any erroneous diagnosis in a family member may also lead to an incorrect diagnosis for other related individuals who are being tested.
5. The test results are for my use only, but these results may also be used in the interpretation of results for other members of my family without my name and identity being mentioned.
6. Participation in DNA testing is completely voluntary.

Check as appropriate

In addition, *I understand that my results may enable other family members to benefit from genetic testing.* I ☐ give /  
☐ do not give my consent to share my genetic information with other family members.

*Should appropriate new technology become available, I ☐ give/ ☐ do not give permission for my DNA sample/my child's DNA sample to be used in the future for further testing for the same condition or other conditions.*

*I ☐ give/ ☐ do not give permission for my DNA sample/my child's DNA sample to be anonymized and used as a control sample for the same condition or other conditions.*

Signature: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_  
YYYY/MM/DD

Witnessed by: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_  
YYYY/MM/DD

## REQUÊTE DU LABORATOIRE DE DIAGNOSTIC MOLÉCULAIRE

### Identification du prescripteur - Renseignements obligatoires

Lieu de consultation : \_\_\_\_\_

Nom et prénom : \_\_\_\_\_

Numéro de pratique : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Télécopieur : \_\_\_\_\_

Signature du prescripteur : \_\_\_\_\_

### Diagnostic OBLIGATOIRE :

Type de spécimen : ☐ Sang ☐ Moelle ☐ Autre (précisez) : \_\_\_\_\_

### Identification du patient - Renseignements obligatoires\*

\* Nom, prénom ET numéro de dossier OU RAMQ OU date de naissance et sexe.

Nom, Prénom :

N° Dossier :

RAMQ :

Date de naissance :

Sexe :

Date prélèvement : \_\_\_\_\_ Heure : \_\_\_\_\_

Prélevé par : \_\_\_\_\_

## Note : la requête doit suivre l'échantillon

### Néoplasies myéloprolifératives

#### Leucémie myéloïde chronique (LMC) avec *BCR-ABL1*

- ☐ MPBCR Dépistage (ex : leucocytose d'origine indéterminée) (2L)  
☐ TQBCR Suivi (2L) ☐ 3 mois ☐ 12 mois ☐ 18 mois ☐ Post-greffe  
 \_\_\_\_\_ Nombre de mois sous ITK  
☐ RMT1 Recherche de mutation ABL1 (en cas de résistance ou rechute) (2L)

#### Mutation JAK2

- ☐ JAK Classique (V617F) (1L/M) ☐ JAKFR Exon 12 (M)

#### Autres

- ☐ CALR Mutations *CALR* (exon 9) (1L/M)  
☐ MPLFR Mutations MPL (1L/M)  
☐ PDGFR Leucémie éosinophilique chronique (*F1P1L1-PDGFRa*) (2L/M)  
☐ SEQCS Leucémie neutrophilique chronique & LMC atypique (mut. *CSF3R*) (2L/M)  
☐ D816V Mastocytose systémique (mut. c-*KIT* D816V) (1L/M/IT)  
☐ SEQEP Polyglobulies familiales (mut. *EPOR* exon 8) (1L)

### Leucémies aiguës et syndromes myélodysplasiques

#### Leucémie lymphoblastique B avec t(9;22) (*BCR-ABL1*)

- ☐ MPBCR Diagnostic (2L/M) ☐ TQBCR Suivi (M)

#### Leucémie promyélocytaire avec t(15;17) (*PML-RARA*)

- ☐ TR572 Diagnostic (2L/M) ☐ TR572 Suivi (M)

#### LMA avec t(8;21) ou inv(16)

- ☐ SEQCK Mutations c-Kit (exons 8 & 17) (1L/M)

#### LMA avec caryotype normal

- ☐ NPM1 Mutations NPM1 (exon 12) (2L/M)  
☐ FLT3 Mutations FLT3/ITD/TKD (2L/M)  
☐ CEBPA Séquençage CEBPA (2L/M)  
☐ PLMA Panel de gènes myéloïdes pronostic (GMO) :  
☐ LMA ☐ NMP ☐ SMD

### Néoplasies lymphoïdes matures

#### Lymphome folliculaire avec t(14;18) (*Bcl-2/IgH*)

- ☐ BCL21 Diagnostic (2L/M) ☐ BCL21 Suivi (2L/M)

#### Clonalité B (réarrangement IgH)

- ☐ CLB Diagnostic (1L/M) ☐ CLB Suivi (1L/M)

#### Clonalité T (réarrangement TCRγ)

- ☐ CLT Diagnostic (1L/M) ☐ CLT Suivi (1L/M)  
☐ SQIGH LLC, séquençage *IgVH* (2L/M) ☐ MYD88 MYD88 (M)  
☐ BRAFT Tricholeucémie (*BRAF V600E/K*) (2L/M)

### Coagulation

- ☐ FVLEI Facteur V Leiden (R506Q) (1L)  
☐ GPRO Mutation du gène de la prothrombine (G20210A) (1L)

### Homéostasie du fer

- ☐ HEMOC Hémochromatose héréditaire type 1 (*HFE* C282Y & H63D) (1L)  
☐ SEQLF Syndrome hyperferritinémie-cataractes (*IRE FLT1 L-ferritine*) (1L)

### Index

C : Prélèvement cervical O : Tube or gel (sang)  
 L : Tube lavande (sang) T : Tube conique 10 mL (urine)  
 M : Tube lavande (moelle) TI : Tissu  
 Le chiffre devant la lettre indique le nombre de tubes à prélever. Le "/" indique les types de spécimens acceptables.

### Étude HLA

#### HLA - Typage pour greffe de cellules hématopoïétiques

- ☐ HLATC Typage complet : HLA-ABC, DR et DQ (4L+1O)  
☐ HLAAB HLA-ABC (2L)  
☐ HLADR HLA-DR (2L)  
☐ ACGMO Recherche d'anticorps anti-HLA pour GMO (2O)  
☐ XASHI Confirmation de typage (2L)  
☐ Typage KIRS (2L)  
☐ Évaluation probabilités de donneurs  
☐ Évaluation de sangs de cordons

#### HLA - Association avec maladies (2L)

- ☐ HLA27 HLA-B27 ☐ B5HLA HLA-B5 ☐ HLA29 HLA-A29  
☐ HLA2Q HLA-DQ (DQ2,8) ☐ HLA51 HLA-B51 ☐ HLARD HLA-DR

#### HLA - Transfusion de plaquettes

- ☐ ACHLA Recherche d'anticorps anti-HLA (1O)  
☐ HLAPO Typage HLA-AB (2L)

#### HLA - Interactions médicamenteuses / hypersensibilité

- ☐ HLAAB HLA-B\* 15:02 / Carbamazépine (1L)  
☐ HLAAB HLA-B\* 58:01 / Allopurinol (1L)

☐ Autre : Spécifiez : \_\_\_\_\_

### Chimérisme

#### Bilan pré-greffe (1L)

- ☐ CHIME ☐ Donneur ☐ Receveur ☐ zyg Étude de géméité

Nom du receveur / donneur / jumeau : \_\_\_\_\_

#### Bilan post-greffe

- ☐ CHIME (2L/M)

Greffe familiale 6/6 myéloablative (autre que pour PNH ou aplasie médullaire)

- ☐ J + 21 et neutro <0.5 X 10<sup>9</sup>/L ☐ J + 100  
☐ Anomalie FSC ☐ Rechute

Greffe familiale 5/6, non-apparentée, cordon, haplo, PNH ou aplasie médullaire

- ☐ J + 21 et neutro <0.5 X 10<sup>9</sup>/L ☐ J + 28 ☐ J + 100  
☐ + 6 mois ☐ Anomalie FSC ☐ Rechute

Greffe à régime de préparation réduit (mini ou midi)

- ☐ J + 28 ☐ J + 56 ☐ J + 84 ☐ J + 100  
☐ Autre J+ : \_\_\_\_\_ ☐ Anomalie FSC ☐ Rechute

#### Autres

- ☐ CADN Conservation de l'ADN (1L/M)  
☐ CARN Conservation de l'ARN (2L/M)

### Pharmacogénomique oncologique

#### Une demande de consultation doit être envoyée en pathologie pour ces analyses.

Mutations exon 19 et 21 EGFR (poumon)  
 Mutation codons 12-13-61 ALL-RAS (codon)  
 BRAF V600E/K (mélanome)

### Microbiologie

- ☐ JCBKV Virus BK/JC (2L/T/C)  
☐ VRESS Virus de l'influenza A et B et virus respiratoire syncytial



# SERVICE DE RÉFÉRENCE POUR LA MALARIA / MALARIA REFERENCE SERVICE

<b>* Prescripteur / Prescriber</b>		<b>* Nom / last name:</b>	
*Nom & Prénom / Last & First name: *No. Permis / Licence: *Clinique, bureau / Clinic, office: *Adresse pour l'envoi des résultats / Address for return of results:  *No. téléphone (Pour valeurs critiques / For critical values): *Signature: _____ *Date (AAYY/MM/JD): _____		* Prénom / first name:  No. de dossier ou NAM / MRN or HIN: Numéro d'assurance maladie (NAM) / Health Insurance Number (HIN)  Adresse / Address:  * Date de naissance / Date of birth (AAYY/MM/JD): * Sexe / Gender:  * Renseignements obligatoires / * Mandatory information	
Numéro de référence du laboratoire requérant / Referring laboratory's specimen identification number		<b>* Date et heure du prélèvement / * Date and time of collection</b> 20__ / __ / __ Heure / Time: _____ Prélevé par / collected by: _____	

## Visée du programme:

Ce programme est offert par le LSPQ et le CUSM pour fournir une rétroaction aux laboratoires de microbiologie et / ou d'hématologie au Québec, afin d'améliorer la qualité du dépistage du paludisme. Le temps-réponse de ce service est d'environ une semaine, et ne vise pas la prise en charge clinique. Pour des questions urgentes sur les patients atteints de paludisme, les médecins devraient communiquer avec l'infectiologue-microbiologiste de leur établissement ou le médecin de garde en Médecine Tropicale au CUSM.

## Scope of this reference service:

This reference is offered by the LSPQ and MUHC to provide feedback to microbiology and/or hematology laboratories in Quebec about the quality of their malaria diagnostic testing. The turnaround time for this service is approximately one week, and is not intended for clinical management. For urgent questions about malaria patients, physicians should contact their local infectious diseases-microbiology consultant or the tropical medicine physician on call at MUHC.

## Information clinique / Clinical information (\*Obligatoire / \*Mandatory)

- Antécédents de voyage ou d'exposition / Travel or Exposure history: \_\_\_\_\_
- Type de test diagnostique rapide utilisé / Type of rapid diagnostic test used: \_\_\_\_\_
- Résultat du test diagnostique rapide / Rapid diagnostic test result: \_\_\_\_\_
- Résultat de la microscopie / Microscopy result: \_\_\_\_\_

## Spécimen requis / Specimen requirements (\*Obligatoire / \*Mandatory)

- Tube de sang EDTA / EDTA blood tube
- Frottis mince non fixé, non coloré x 2 / 2 x unfixed unstained thin smears
- Goutte épaisse non fixée, non colorée x 2 / 2 x unfixed unstained thick smears
- Lames colorées d'origine (si disponible) / Original stained slides (if available)
- Un seul échantillon par patient est accepté, sauf si approuvé par un microbiologiste du CUSM / Only 1 specimen per patient is accepted, unless approved by MUHC microbiologist.

## Analyses comprises / Tests performed

- |   |  |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• La microscopie et la détection antigénique sont effectuées pour tous les spécimens.</li> <li>• Si la PCR est requise pour un résultat définitif, les échantillons seront envoyés au CNRP. Cette décision est à la discrétion du laboratoire de référence.</li> <li>• Les demandes de PCR <u>par les clients</u> doivent être justifiées et approuvées par un microbiologiste.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Microscopy and antigen detection tests are performed for all specimens sent for malaria reference quality-assurance</li> <li>• Specimens will be forwarded to the NRCP for PCR if required for a definitive result, at the reference lab's discretion.</li> <li>• Requests for PCR <u>by clients</u> must be justified and approved by a microbiologist.</li> </ul> |
|---|--|

TOUS LES SPÉCIMENS DOIVENT ÊTRE ENVOYÉS DIRECTEMENT AU LABORATOIRE DE MICROBIOLOGIE DU CUSM ET NON AU LSPQ

## Nos coordonnées / Our coordinates

SERVICE À LA CLIENTÈLE  
(514) 934-1934 poste 35687

CUSM GLEN – 1001, boul. Décarie – Montréal (Québec) CANADA H4A 3J1  
Laboratoire de Microbiologie  
5<sup>ème</sup> étage – E05.3028



CHU Sainte-Justine

Le centre hospitalier  
universitaire mère-enfant



3175, Côte Sainte-Catherine, Montréal, QC, H3T 1C5, 514 345-4931 poste 4642

(11-11-11) F-665 #INV.: 3994656 (REV. 2016-11)

ATTENTION: Zone grise obligatoire

# ANALYSES DE LABORATOIRE CYTOGÉNÉTIQUE CONSTITUTIONNELLE

Prélèvement demandé: Date: \_\_\_\_\_ Heure \_\_\_\_\_ ou Heure de tournée: 7h ☐ 11h ☐ 14h ☐ 17h ☐ 20h ☐ 00h ☐

Unité de Soins/Clinique : _____	Identification du patient
MD Requérant : _____ # Licence : _____	Nom, Prénom
<b>Prélèvement fait: Date:</b> _____ <b>Heure</b> _____	Sexe : F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
<b>Prélevé par:</b> _____	# Dossier / #Ass. maladie :
Cocher obligatoirement la nature de l'échantillon et les analyses requises	Date de naissance : _____
Âge à l'échographie : _____ DDM : _____	ou
Conjoint de (nom et # dossier) : _____	Plaquer carte

Renseignements cliniques: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

ÉCHANTILLON DIAGNOSTIC	
<input type="checkbox"/> Liquide Amniotique } <input type="checkbox"/> Liquide Avortement } <input type="checkbox"/> Biopsie chorale } <input type="checkbox"/> Autres : _____ }	tube 16 ml fond rond plastique stérile falcon #352037  <b>Pièce : 7731 - Poste : 4311</b>
<input type="checkbox"/> Tissu Spécifier : _____ <input type="checkbox"/> Sang (3 à 5 mL - 0,5 à 1 mL acceptable en néonatal) <input type="checkbox"/> Sang de cordon (post-natal) <input type="checkbox"/> Sang de cordon (cordocentèse)	<b>Pièce : 5951 - Poste : 5355</b> <b>CGH : Pièce 7731 - Poste 3321</b>
Pour caryotype, FISH, cassures : tube héparine de sodium (bouchon vert) Pour CGH et QF-PCR : tube EDTA (bouchon lavande)	

ANALYSE (S) DEMANDÉE (S)	
Tube héparine de sodium (bouchon vert) - Pièce 5951	Tube EDTA (bouchon lavande) - Pièce 7731
<input type="checkbox"/> <b>Caryotype</b> <b>FISH</b> <input type="checkbox"/> S. Angelman (15 q11q13) <input type="checkbox"/> S. Prader-Willi (15q11q13) <input type="checkbox"/> S. du Cri-du-chat (5p15.2) <input type="checkbox"/> S. Smith-Magenis (17p11.2) <input type="checkbox"/> S. DiGeorge (22q11.2) <input type="checkbox"/> SRY (Yp11.3) <input type="checkbox"/> S. Kallman (Xp22.3) <input type="checkbox"/> S. Williams (7q11.2) <input type="checkbox"/> S. Miller-Dieker (17p13.3) <input type="checkbox"/> S. Wolf-Hirschhorn (4p16.3) <input type="checkbox"/> Ichthyose liée à l'X (Xp22.3) <input type="checkbox"/> Autres : _____ <input type="checkbox"/> Panel Aneuvysion (X, Y, 13, 18, 21) <input type="checkbox"/> Recherche de mosaïque pour le chromosome : _____ <b>CASSURES</b> <input type="checkbox"/> DEB (Anémie de Fanconi) <input type="checkbox"/> Irradiation <input type="checkbox"/> Autre : _____ <input type="checkbox"/> Inactivation de l'X	<input type="checkbox"/> <b>QF-PCR</b> (chromosomes X, Y, 13, 18, 21) <input type="checkbox"/> <b>Contamination maternelle pour QF-PCR</b> (mère) <input type="checkbox"/> <b>CGH</b> (compléter la requête F-1319 et le consentement pour analyses génétiques) <b>SPÉCIFIQUE AU PRÉNATAL</b> <b>Pièce 7731</b> <input type="checkbox"/> Extraction d'ADN en prénatal ( <b>Compléter la requête F-583</b> ) <input type="checkbox"/> PCR CMV (liquide amniotique) ( <b>Compléter la requête F-1710</b> ) <input type="checkbox"/> Culture de tissus seulement <input type="checkbox"/> Envoi extérieur, destination : _____ <input type="checkbox"/> Autre : _____ <b>Section réservée au laboratoire</b>

**Patient Information:**

Name (Last, First):

Birth date (YYYY-MM-DD):

Name of Referring Physician:

Physician's Specialty:

PATIENT STAMP OR LABEL HERE

**Familial Hypercholesterolemia Panel – Testing Eligibility Criteria Form**

*Minimum criteria required for testing to be appropriate are listed below. Please complete and provide any relevant familial and clinical information. If the patient does not fulfil the criteria and you still feel that testing should be performed, please contact the laboratory or <https://www.fhcanada.net> to discuss testing of the sample.*

**Confirm diagnosis (Indications and minimum criteria required for testing):**

Untreated elevated LDL-cholesterol levels (not due to secondary causes).<sup>1,2</sup>

☐ Untreated LDL-cholesterol levels  $\geq 5.0$  mmol/L for age 40 yr and over – Specify level: mmol/L

☐ Untreated LDL-cholesterol levels  $\geq 4.5$  mmol/L for age between 18 yr and 39 yr – Specify level: mmol/L

☐ Untreated LDL-cholesterol levels  $\geq 4.0$  mmol/L for age under 18 yr – Specify level: mmol/L

**AND** at least one of the following:

**Major Criteria (definite FH)**

☐ Tendon xanthomas in proband.

☐ Known FH-causing DNA mutation in a first-degree relative.

☐ High LDL-cholesterol in proband ( $\geq 8.5$  mmol/L).

**Minor Criteria (probable FH)**

☐ First-degree relative with high LDL-cholesterol (not due to secondary causes).<sup>1</sup>

☐ Proband or first-degree relative with early onset atherosclerotic cardiovascular disease (men under 55 yr; women under 65 yr).

<sup>1</sup>Secondary causes of high LDL-cholesterol should be ruled out (severe or untreated hypothyroidism, nephrotic syndrome, hepatic disease [primary biliary cirrhosis], or medication especially antiretroviral agents).

<sup>2</sup>If baseline LDL-cholesterol is unknown, an imputed level can be derived using the CardioRisk Calculator (<http://www.circl.ubc.ca/cardiorisk-calculator.html>).





## Demande d'identification pour les tiques prélevées sur un humain

**\*\*\* Il est obligatoire de remplir tous les champs du formulaire \*\*\***

Nombre de tique(s) prélevée(s) :

### 1) Identification du patient

Nom :

Prénom :

Date de naissance (AAAA/MM/JJ) :

Numéro d'assurance maladie (RAMQ) :

Adresse :

Téléphone (domicile) :

Téléphone (autre) :

### 2) Médecin traitant

Nom du médecin traitant :

Adresse :

Téléphone :

### 3) Récolte de la tique

Date de la découverte de la tique (AAAA/MM/JJ) :

Date de l'extraction de la tique (AAAA/MM/JJ) :

De quelle région du corps? :

### 4) Déplacements

Déplacement au cours des deux dernières semaines : ☐ Aucun déplacement ☐ Oui

Si oui, quels sont les lieux visités\*\* :

Municipalité(s)	Date (AAAA/MM/JJ)

\*\* Veuillez donner la réponse la plus précise possible (ex : municipalité, parc provincial, etc.)

**Note : Ce formulaire doit être expédié avec le spécimen au LSPQ par l'intermédiaire d'un laboratoire hospitalier de votre région. L'information est essentielle au programme de surveillance passive des tiques à pattes noires. La présentation d'une demande incomplète entraînera le rejet du spécimen à examiner.**

Laboratoire de santé publique du Québec  
20 045, chemin Sainte-Marie  
Sainte-Anne-de-Bellevue (Québec) H9X 3R5  
Téléphone : (514) 457-2070 poste 2248  
Télécopieur : (514) 457-6346

* Prescripteur / Prescriber	
*Nom & Prénom / Last & First name: *No. Permis / Licence: *Clinique, bureau / Clinic, office: *Adresse pour le retour des résultats / <i>Address for return of results:</i>  *No. téléphone :  *Signature: _____ *Date (AAYY/MM/JD): _____ * <b>ATTENTION</b> : L'analyse demandée sera annulée si les renseignements cliniques requis ci-dessous ne sont pas fournis. * <b>CAUTION</b> : The requested test will be cancelled if the required clinical information below is not provided.	* Nom / last name:  * Prenom / first name:  No. de dossier ou RAMQ / MRN or RAMQ:  Adresse / Address:  * Date de naissance / Date of birth (AAYY/MM/JD):  * Sexe / Gender:  <div style="text-align: center; background-color: #cccccc; padding: 2px;">* Renseignements Obligatoire / *Mandatory Information</div> <div style="text-align: center; background-color: #cccccc; padding: 2px;">* Date et heure du prélèvement / Date and time of collection</div> <div style="text-align: center;">             20 ____ / ____ / ____ Heure / Time: _____              Prélevé par / collected by: _____           </div>

### Diagnostic sérologique de la maladie de Lyme

- Analyse demandée selon le lieu de l'acquisition de la maladie de Lyme suspectée:

- ☐ maladie de Lyme acquise en Amérique du Nord  
 OU  
☐ maladie de Lyme acquise en Europe

- Pays visité en Europe: \_\_\_\_\_
- Date de départ du pays visité \_\_\_\_\_

- Les symptômes sont présents depuis plus de 6 semaines:

☐ OUI                      ☐ NON

### Serologic diagnosis of Lyme disease

- Analysis requested according to the location of suspected Lyme disease acquisition:

- ☐ Lyme disease acquired in North America  
 OR  
☐ Lyme disease acquired in Europe

- Country visited in Europe: \_\_\_\_\_
- Date of departure from country visited \_\_\_\_\_

- Symptoms have been present for more than 6 weeks:

☐ YES                      ☐ NO



## Formulaire de collecte d'informations cliniques

Ce formulaire doit être rempli électroniquement et soumis, en appuyant sur le bouton « **ENVOYER** » au bas du formulaire, maximum 24h après l'envoi du spécimen au LSPQ. Il est également possible d'imprimer le formulaire, de le remplir et de l'annexer à la requête d'analyse lorsque vous acheminez le spécimen au LSPQ ou le télécopier au 514-457-6346.

Numéro de la requête LSPQ :   A  **Antécédent médical (cochez [choix multiples possibles] et complétez si requis)**

- ☐ Greffe de cellules souches
- ☐ Greffe d'organe solide    Spécifiez l'organe : \_\_\_\_\_
- ☐ Chimiothérapie
- ☐ VIH    Spécifiez le décompte (CD4) : \_\_\_\_\_
- ☐ Autre cause de lymphopénie    Spécifiez le décompte (CD4) : \_\_\_\_\_
- ☐ Autre agent immunosuppresseur    Spécifiez le nom : \_\_\_\_\_
- ☐ Autre(s) condition(s) :    Spécifiez : \_\_\_\_\_

**Suspicion clinique (cocher)**

- ☐ Haute (ex. : traitement débuté)    ☐ Moyenne    ☐ Faible probabilité

**Prophylaxie anti-PCP en cours (cochez et complétez si requis)**

- ☐ Non    ☐ Oui    Spécifiez : \_\_\_\_\_

**Médication anti-PCP en cours (cochez [choix multiples possibles])**

- ☐ TMP-SMX    ☐ Dapsone    ☐ Atovaquone    ☐ Atovaquone / Proguanil    ☐ Pentamidine (IV)

**Autres tests diagnostiques effectués (cochez et complétez si requis)**

(Note : le TAAN ne sera offert que si au moins une modalité a été effectuée localement)

Analyse	Fait	Non-fait	Résultat
Immunofluorescence - Trousse :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
β-D-glucan*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pathologie / Cytologie - Coloration :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Imagerie / Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Autre :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

\*SVP procédez à un prélèvement pour β-D-glucan de manière concomitante si non-fait.

**Personne contact**

Médecin traitant / Autre contact : \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_ Courriel : \_\_\_\_\_

Pour toutes questions au sujet de cette collecte d'informations, contacter Philippe Dufresne au (514) 457-2070 # 2226, responsable du secteur Mycologie au LSPQ ou Aurélie Perret, concernant la compilation des formulaires au (514) 457-2070 # 2259 ou [biologie.moleculaire@inspq.qc.ca](mailto:biologie.moleculaire@inspq.qc.ca).

**TEST GÉNOMIQUE PRÉNATAL POUR LE  
DÉPISTAGE DE LA TRISOMIE 21, LA TRISOMIE 18  
ET LA TRISOMIE 13**

Nom :  
Prénom :  
Date de naissance :  
No d'assurance maladie :  
Adresse :  
Code postal :  
Téléphone :

**Prescripteur chargé du suivi des résultats**

Nom, Prénom :  
Clinique :  
Adresse :  
Code postal :  
Téléphone : Télécopieur :  
Signature : N° de pratique :

**Professionnel en copie**

Nom :  
Prénom :  
Téléphone :  
Télécopieur :

**Informations cliniques**

DDM : / / ou DPA : / / ou DPAE (avec échographie) : / /  
AAAA MM JJ AAAA MM JJ AAAA MM JJ  
Grossesse multiple : ☐ non ☐ oui  
Poids : kg lb Taille : m pi

**Indication clinique** (si plusieurs indications, veuillez indiquer l'indication primaire)

- ☐ Probabilité élevée au Programme québécois de dépistage prénatal (PQDP) ☐ indication primaire  
☐ Âge maternel 40 ans ou plus à l'accouchement ☐ indication primaire  
☐ Grossesse précédente avec trisomie 21, 18 ou 13 ☐ indication primaire  
☐ Cas qui requiert le test à la suite d'une consultation en génétique ☐ indication primaire  
Spécifier la raison :

**Prélèvement sanguin : deux tubes spéciaux à la température de la pièce (voir procédure de stabilisation)**

Centre de prélèvements :  
(nom et adresse)  
Signature du préleveur Date/heure du prélèvement : / / :  
AAAA MM JJ HH MM

**Consentement au test génomique prénatal de la trisomie 21, la trisomie 18 et la trisomie 13**

Je confirme que j'ai bien lu le verso du formulaire de consentement, que j'ai bien compris les informations concernant le test génomique prénatal, et que j'ai eu la possibilité d'en discuter avec un professionnel de la santé, de poser des questions pour lesquelles j'ai reçu des réponses satisfaisantes et que je peux donc prendre une décision libre et éclairée. Je comprends que ma participation est facultative et que je peux refuser ou accepter le test génomique prénatal. Mon refus n'affectera pas les soins ni le soutien que je recevrai. Je comprends que si j'accepte de passer le test génomique prénatal, mon échantillon sera analysé seulement pour la trisomie 21, la trisomie 18 et la trisomie 13.

J'autorise la transmission des informations contenues sur ce formulaire et les résultats du test génomique prénatal au ministère de la Santé et des Services sociaux aux fins d'évaluation et du suivi de la qualité du Programme québécois de dépistage prénatal. Je comprends aussi que mon échantillon pourrait être utilisé de façon anonyme à des fins d'évaluation ou d'assurance de la qualité.

Par conséquent,

- ☐ Je consens à passer le test génomique prénatal pour la trisomie 21, la trisomie 18 et la trisomie 13.

Signature de la femme enceinte : Date: / /  
AAAA MM JJ

☐ Refus

Initiales du  
professionnel : \_\_\_\_\_

## Information sur le test génomique prénatal pour le dépistage de la trisomie 21, la trisomie 18 et la trisomie 13

Le test génomique prénatal est le test de dépistage qui est proposé si vous avez une probabilité élevée d'avoir un bébé avec la trisomie 21 ou la trisomie 18 (incluant la trisomie 13) à la suite du premier test de dépistage du Programme québécois de dépistage prénatal. Le test génomique prénatal est proposé comme préalable à l'amniocentèse (test diagnostique), car il est sécuritaire et il permet d'exclure la présence d'une des trois trisomies recherchées avec une grande fiabilité.

Il pourrait aussi vous être proposé si vous êtes dans l'une ou l'autre des situations suivantes :

- vous avez eu une grossesse précédente dont le bébé avait la trisomie 21, la trisomie 18 ou la trisomie 13;
- vous serez âgée de 40 ans et plus au moment de l'accouchement;
- le test est prescrit à la suite d'une consultation en médecine génétique.

**Vous trouverez les renseignements du test génomique prénatal dans le document du Programme québécois de dépistage prénatal destiné aux femmes ou sur le site internet du ministère de la Santé et des Services sociaux, à l'adresse suivante :**

<https://msss.gouv.qc.ca/professionnels/perinatalite/programme-quebecois-de-depistage-prenatal/>

Voici les résultats possibles du test génomique prénatal et ses implications :

*Risque faible* : ce résultat indique que votre bébé n'a vraisemblablement pas l'une ou l'autre des trisomies recherchées; ce résultat est fiable à plus de 99 % et il n'est pas nécessaire de faire d'autres tests.

*Risque élevé* : ce résultat suggère que votre bébé a probablement l'une ou l'autre des trois trisomies recherchées, mais il doit être confirmé par l'amniocentèse avant de prendre une décision sur la suite de votre grossesse.

Limites du test génomique prénatal :

- Si le résultat montre un risque faible, il demeure une faible possibilité que le bébé ait l'une des trois trisomies.
- Si le résultat montre un risque élevé, il doit être confirmé par l'amniocentèse à cause de la possibilité d'un résultat « faux positif », c'est-à-dire que le bébé n'a pas l'une des trois trisomies, bien que le résultat du test soit positif.
- Il ne fonctionne pas chez un faible pourcentage de femmes. Dans cette situation, votre professionnel de la santé pourra discuter avec vous du suivi à faire.



☒ HÔTEL-DIEU  
☐ HÔPITAL NOTRE-DAME  
☐ HÔPITAL SAINT-LUC

Service de Médecine Génétique  
Tél. : (514) 890-8104

## FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

# dossier famille : C0

### OBJECTIF

L'objectif de cette analyse est de déterminer si je \_\_\_\_\_ (nom et prénom)  
ou mon/ma (lien de parenté) \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ (nom et prénom)

suis/ est porteur ou non-porteur d'une anomalie sur le ou les gènes suivants : \_\_\_\_\_

Il s'agit de rechercher la présence de changements génétiques, appelés mutations, qui pourraient être responsables d'un risque plus élevé de développer le ou les pathologies fréquentes dans ma famille.

### PROCÉDURE

Je comprends que ces analyses génétiques sont très précises mais qu'aucune analyse génétique ne permet de détecter 100% des anomalies existantes.

### COMMUNICATION DES RÉSULTATS

Le résultat de cette analyse moléculaire sera communiqué à mon (mes) médecin(s) traitant(s). La communication à une tierce personne le sera à ma demande et seulement avec une autorisation écrite.

Les analyses prennent environ \_\_\_\_\_ mois et, lorsque les résultats seront disponibles, j'en serai informé(e). En aucun cas, mon résultat ne sera divulgué par téléphone ou par lettre. Je suis informé(e) que mon assureur peut avoir accès à mes résultats d'analyses moléculaires comme à toute information médicale me concernant, si je lui en ai donné l'autorisation. Au cas où je ne serais pas disponible, j'accepte que mon résultat soit communiqué directement à un membre de ma famille que j'ai désigné

Mon/ ma \_\_\_\_\_ (lien de parenté) , \_\_\_\_\_ (nom, prénom)

### SIGNATURES

- J'ai expliqué au meilleur des connaissances actuelles ce test génétique, la procédure établie, les risques et bénéfices.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
(Nom du médecin ou de la conseillère en génétique) (signature) (date)

- J'ai lu et reçu un exemplaire de ce formulaire de consentement. Je comprends l'information contenue dans ce document. J'ai eu l'opportunité d'obtenir des réponses à mes questions.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
(Nom du patient/client ou personne autorisée) (signature) (date)

### Pour plus d'informations

Je peux contacter : \_\_\_\_\_ au (514) 890-8000 poste \_\_\_\_\_



À L'USAGE DU LABORATOIRE :

No Labo \_\_\_\_\_

Date &amp; heure de réception: \_\_\_\_\_

# LABORATOIRE UNIFIÉ DE DIAGNOSTIQUE MOLÉCULAIRE

## DEMANDE D'ANALYSE D'ADN

<b>Envoyer l'échantillon à :</b> <b>CUSM Site Glenn</b> <b>Réception centrale d'échantillons E05.3028.1</b> <b>1001 Decarie</b> <b>Montréal, QC, H4A 3J1</b>  Tel: (514) 934-1934 service à la clientèle # 35687 Courriel électronique: laboratoirescsm@muhc.mcgill.ca		<b>RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT :</b> Nom : _____ (nom de famille, prénom, nom de jeune fille) Date de naissance : ____ / ____ / ____ sexe : ____ (année, mois, jour)  RAMQ : _____ expiration _____	
<b>TEST DEMANDÉ :</b> <input type="checkbox"/> MALADIE DE HUNTINGTON (MH) (msss 55244) <b>CANCER DU SEIN/DE L'OVAIRE (BRCA1/2) :</b> <input type="checkbox"/> Mutations juives ashkénazes (msss 55166)  <input type="checkbox"/> Mutations canadiennes françaises (msss 55170/55168 x 5) BRCA1: 4446C>T ; 2953del3+C; 1081G>A; 3768insA; 3875delGTCT; 1135insA BRCA2: 8765delAG; 6085G>T; 6503delTT; 3398del5; 2816insA <input type="checkbox"/> PALB2:2323C>T; p(Q775X) (msss 55168) <input type="checkbox"/> Panel Europe de l'Est (BRCA1:C61G; 4153delA; 5385insC; 187delAG) (msss 55168 x4) <input type="checkbox"/> Panel Grec BRCA1: 5331G>A (G1738R); 5385insC (msss 55168 x 2) <input type="checkbox"/> Mutation individuelle (code msss 55168)  <input type="checkbox"/> Extraction d'ADN		<b>ÉCHANTILLONS REQUIS</b> <b>SANG :</b> Nouveau-né : lavande EDTA 2ml Enfant : 2 X lavande EDTA 2ml Adulte : 2 X lavande EDTA 5ml  <b>PRÉNATAL :</b> Culture cellulaire : 2 X T25 ADN: 20ug  Autre (spécifier): _____  <b>Date et heure du prélèvement :</b> ____ / ____ / ____ (Année, mois, jour)	
<b>RENSEIGNEMENTS SUR LA FAMILLE :</b> Un arbre généalogique devra accompagner la demande Y a-t-il des antécédents familiaux de la maladie? Oui ____ Non ____ Y a-t-il une mutation connue? Si oui, svp le décrire _____ D'autres échantillons de la famille ont-ils été envoyés à notre laboratoire auparavant ? Oui ____ Non ____ Si oui, svp indiquer: _____ Nom du cas index _____ Lien de parenté _____		<b>RAISON DU TEST POUR LA MH :</b> <input type="checkbox"/> Confirmation du diagnostic <input type="checkbox"/> Test prédictif <input type="checkbox"/> Diagnostic prénatal <input type="checkbox"/> Conjoint non affecté <input type="checkbox"/> Parent affecté <b>CONFIRMATION DU DIAGNOSTIC DE MH :</b> indiquer les résultats cliniques et les antécédents familiaux. _____ _____  <b>TEST PRÉDICTIF DE LA MH :</b> Les patients de 18 ans et plus, ayant des antécédents familiaux de MH et désirant connaître leur statut de porteur, doivent être adressés au programme prédictif du CUSM au 514-412-4427. <b>TEST PRÉNATAL DE LA MH :</b> Pour les amniocytes et les cellules des villosités chorales, l'institution requérante doit établir une culture cellulaire avec des techniques standard et conserver une sauvegarde. Nous demandons 2 x T25 ou ADN ainsi qu'un échantillon de sang ou d'ADN de la mère pour le test de contamination cellulaire maternelle. Contacter le laboratoire avant d'envoyer un échantillon prénatal.	
<b>CANCER DU SEIN ET DE L'OVAIRE : La demande doit être faite par un service de médecine génétique.</b> Contacter la Clinique du cancer héréditaire – CUSM, Tél. : 514-934-1934 poste 44067 ou le Centre de prévention du cancer de l'HGJ, Tél. 514- 340-8222 poste 3965			
<b>ENVOI DES ÉCHANTILLONS :</b> Les échantillons doivent être envoyés à température ambiante, <b>NE PAS CONGELER</b> (conserver les tubes de sang à 4°C s'il y a un délai de 24h ou plus). Les échantillons doivent arriver du lundi au jeudi de 8h00 à 15h00. Ils doivent être protégés contre les chocs et clairement identifiés <b>avec le nom et la date de naissance</b> . Cette réquisition doit accompagner l'échantillon. Utiliser un service de messagerie 24 heures s'ils proviennent de l'extérieur de Montréal. Pour tout renseignement contacter Tel: (514) 934-1934 poste 35687 <b>POLITIQUE DE SOUMISSION DES ÉCHANTILLONS :</b> 1) Aucun échantillon ne sera analysé en cas de prélèvement, d'identification ou de manipulation incorrects. 2) Si l'arbre généalogique et les renseignements sur le diagnostic clinique sont manquants, le test sera retardé tant qu'ils ne seront pas reçus. 3) Le délai est de 4 semaines après réception. 4) Pour des tests urgents contacter Tel: (514) 934-1934 poste 35687.			
<b>MEDECIN REQUÉRANT</b> NOM : _____ No de permis _____ Adresse : _____ _____ Ville _____ Province ____ Code postal _____ Tél. : _____ Télécopieur autorisé _____ (Remplir le formulaire d'autorisation pour envoi par télécopieur) Signature : _____		<b>CONSEILLER EN GÉNÉTIQUE OU PERSONNE À CONTACTER</b> Nom : _____ Institution : _____ _____ Tél. : _____ Télécopieur autorisé: _____ _____ (Remplir le formulaire d'autorisation pour envoi par télécopieur)	
		<b>À L'USAGE DU LABORATOIRE :</b> MH : PCR1 ____ , ____ PCR2 ____ , ____ TPDH _____ BRCA: PANEL J.A.: 187delAG ____ 6174delT ____ 5385insC ____ MUTATIONS PANEL EE C61G ____ 4153delA ____ 5385insC ____ 187delAG ____ MUTATIONS GRECQUES 5331G>A (G1738R) ____ 5385insC ____ PANEL C.F.: 4446C>T ____ 2953del3+C ____ 8765delAG ____ 6085G>T ____ 6503delTT ____ 3398del5 ____ 1081G>A ____ 3768insA ____ 3875delGTCT ____ 2816insA ____ 1135insA ____ PALB2:2323C>T ____	

# LABORATORY REQUISITION

This area is for  
BC Neuroimmunology  
Laboratory use only.

This requisition form, when completed, constitutes a referral to the BC Neuroimmunology Laboratory Inc. It is for the use of authorized health care providers only. Please see [page 2](#) for specimen collection and shipping instructions, as well as information regarding self pay, MuSK and VGCC antibody testing, and the test directory. \* Highlighted fields must be completed to avoid delays in sample processing.

PATIENT INFORMATION		REFERRING PHYSICIAN	
LAST NAME	FIRST NAME & MIDDLE INITIAL	PHYSICIAN NAME & MSP PRACTITIONER # (IF APPLICABLE)	
PROVINCIAL HEALTHCARE NUMBER (e.g. PHN, OHIP)	DATE OF BIRTH (MONTH/DAY/YEAR)	ADDRESS	
PATIENT TYPE <input type="checkbox"/> Outpatient <input type="checkbox"/> Inpatient or Emergency	SEX <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female		
ADDRESS	CITY/TOWN	TELEPHONE (REQUIRED FOR STAT TESTS)	FACSIMILE (REQUIRED FOR STAT TESTS)
PROVINCE	POSTAL CODE	TELEPHONE # (REQUIRED FOR STAT TESTS)	
BILL TO <input type="checkbox"/> Provincial Health Services <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Patient <sup>1</sup> (Self-pay; see page 2) <input type="checkbox"/> Other: _____		COPY TO PHYSICIAN(S)	
REQUESTING LABORATORY:		SPECIMEN INFORMATION	
LABORATORY/FACILITY NAME		SPECIMEN TYPE <input type="checkbox"/> Serum <input type="checkbox"/> CSF <input type="checkbox"/> Plasma	
ADDRESS	CITY/TOWN	PROVINCE	COLLECTION DATE (MONTH/DAY/YEAR)
TELEPHONE (REQUIRED FOR STAT TESTS)	FACSIMILE (REQUIRED FOR STAT TESTS)		MONTH DAY YEAR

REFERRED LABORATORY TESTS		
ALL TESTS ARE ON A SELF-PAY <sup>1</sup> BASIS (SEE PAGE 2) UNLESS OTHERWISE STATED. FOR TEST-SPECIFIC INFORMATION, PLEASE REFER TO OUR TEST DIRECTORY <sup>2</sup> (SEE PAGE 2).		
<b>Myasthenia Gravis</b> <input type="checkbox"/> Acetylcholine receptor (AChR) antibodies (Ab) <u>only</u> (91020/91021) <b>MSP Billable</b> <input type="checkbox"/> Muscle-specific Tyrosine Kinase (MuSK) Ab <u>only</u> (P91022) <b>MSP Billable<sup>3</sup> (See page 2)</b> <input type="checkbox"/> AChR Ab with reflex to MuSK Ab testing <input type="checkbox"/> Clustered AChR Ab live cell-based assay (CBA) <b>(Covered by Alexion Pharmaceuticals)</b> <input type="checkbox"/> Low-density lipoprotein receptor-related protein 4 (LRP4) Ab CBA <b>(Research use only)</b>  <u>Required Clinical information (please check all that apply):</u> <input type="checkbox"/> Suspected MG <input type="checkbox"/> Established MG <input type="checkbox"/> Clinical Remission <input type="checkbox"/> Generalized <input type="checkbox"/> Ocular <input type="checkbox"/> Bulbar  Double vision? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Difficulty swallowing? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Generalized weakness? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Fatiguable weakness? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No  Repeated stimulation: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abnormal <input type="checkbox"/> Not done SFEMG: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abnormal <input type="checkbox"/> Not done Beneficial effect of mestinon? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Not done	<b>Chronic Inflammatory Demyelinating Neuropathy</b> <input type="checkbox"/> CIDP Panel – 5 Nodal & Paranodal antibodies - CASPR1, CNTN1, NF186, NF140, NF155  <u>Clinical Information (please check all that apply):</u> <input type="checkbox"/> Gradual onset (> 3 months) <input type="checkbox"/> Rapid onset (within a month) <input type="checkbox"/> Sensory loss <input type="checkbox"/> Pain <input type="checkbox"/> Burning <input type="checkbox"/> Abnormal sensation <input type="checkbox"/> Weakness or fatigue <input type="checkbox"/> Difficulty swallowing <input type="checkbox"/> Muscles atrophy <input type="checkbox"/> Loss of reflexes <input type="checkbox"/> Double vision	<b>Lambert-Eaton Myasthenic Syndrome</b> <input type="checkbox"/> Voltage-gated calcium channel (VGCC) Ab (P91861) <b>MSP Billable<sup>3</sup> (See page 2)</b>  <u>Clinical Information (please check all that apply):</u> <input type="checkbox"/> Cerebellar ataxia <input type="checkbox"/> Myelitis <input type="checkbox"/> Dysmetria <input type="checkbox"/> Proximal weakness <input type="checkbox"/> Autonomic dysfunction <input type="checkbox"/> Cognitive changes <input type="checkbox"/> Reduced deep tendon reflexes  <b>Neurodegenerative Disorders</b> <input type="checkbox"/> Phosphorylated-tau-181 (pTau181) <b>(Research use only)</b> <input type="checkbox"/> Neurofilament Light Chain (NF-L) <b>(Research use only)</b>
<b>Autoimmune Encephalitis &amp; Paraneoplastic Neurologic Syndrome</b>  <div> <b>Autoimmune Encephalitis</b>  <u>Rapid Screening:</u>  <input type="checkbox"/> Mosaic 6 panel (NMDAR, GABA<sub>B</sub>R, LGI1, CASPR2, DPPX, AMPAR)   <u>Confirmatory Testing:</u>  <input type="checkbox"/> Rat-brain immunohistochemistry with confirmatory CBA   <u>Individual Antibody Testing (CBA):</u>  <input type="checkbox"/> NMDAR <input type="checkbox"/> LGI1 &amp; CASPR2 <input type="checkbox"/> AMPAR <input type="checkbox"/> GABA<sub>B</sub>  <input type="checkbox"/> DPPX <input type="checkbox"/> GAD 65 <input type="checkbox"/> IgLON 5 <input type="checkbox"/> GFAP  <input type="checkbox"/> NMDAR antibody titer (CSF only) </div> <div> <b>Paraneoplastic (neuronal) antibody disease profile</b>  <input type="checkbox"/> Paraneoplastic Antibodies by immunoblot <u>only</u>  *Includes antibodies to amphiphysin, CV2, PNMA2, Ri, Yo, Hu, Recoverin, SOX1, Titin, Zic4, GAD65, Tr (DNER) <u>only</u>  <input type="checkbox"/> Paraneoplastic Antibodies <b>Full Panel</b> (High-Risk Ab) by rat brain immunohistochemistry/immunofluorescence reflex to immunoblot and CBAs *Includes antibodies to: Amphiphysin, CV2, PNMA2, Ri, Yo, Hu, Recoverin, SOX1, Titin, Zic4, GAD65, Tr (DNER) </div>		
<b>Neuromyelitis Optica Spectrum Disorder</b>  <input type="checkbox"/> Aquaporin-4 (AQP4) Ab live CBA <b>(Covered by Alexion Pharmaceuticals)</b> <input type="checkbox"/> Myelin oligodendrocyte glycoprotein (MOG) Ab live CBA  <u>Clinical Information (please check all that apply):</u> <input type="checkbox"/> ADEM <input type="checkbox"/> MDEM <input type="checkbox"/> ADEM-ON <input type="checkbox"/> Optic neuritis <input type="checkbox"/> Transverse Myelitis <input type="checkbox"/> Area Postrema Syndrome <input type="checkbox"/> Acute Brainstem Syndrome <input type="checkbox"/> Symptomatic Cerebral Syndrome <input type="checkbox"/> Symptomatic Narcolepsy <input type="checkbox"/> Acute Diencephalic Clinical Syndrome	<u>Clinical Information (please fill and check all that apply):</u> Date of illness onset: _____  <b>Clinical Suspicion:</b> <input type="checkbox"/> High <input type="checkbox"/> Intermediate <input type="checkbox"/> Low Family history of autoimmunity: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Neurologic/Psychiatric change: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Seizures: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Cancer: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No If yes, type of cancer: _____  <b>Prodromal symptoms:</b> <input type="checkbox"/> Flu-like symptoms <input type="checkbox"/> Diarrhea <input type="checkbox"/> Weight loss <input type="checkbox"/> Depression <input type="checkbox"/> Anxiety <input type="checkbox"/> Mood swings <input type="checkbox"/> Sleep disturbances  <b>Clinical Phenotype:</b> <input type="checkbox"/> Encephalomyelitis <input type="checkbox"/> LE <input type="checkbox"/> OMS <input type="checkbox"/> Stiff-person syndrome <input type="checkbox"/> Rapidly progressive cerebellar syndrome <input type="checkbox"/> Sensory neuropathy <input type="checkbox"/> Morvan syndrome  <b>Immunomodulatory drugs given &amp; response:</b> _____	
OTHER COMMENTS (diagnosis and/or special treatments, e.g. patient on IVIG):		

REFERRING PHYSICIAN SIGNATURE	
NAME & SIGNATURE OF REFERRING PHYSICIAN	DATE MONTH DAY YEAR



<b>SPECIMEN COLLECTION</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>No patient preparation is required for sample collection.</li> <li>Blood collection tubes:             <ul style="list-style-type: none"> <li>For <b>serum</b>, use gold-top SST vacutainer tubes</li> <li>For <b>plasma</b>, use K2 EDTA lavender-top vacutainer tubes.</li> </ul> </li> <li>Draw blood in collection tube(s) enough for a total of 1 to 5 ml serum or plasma. Spin collection tubes, pool serum or plasma (if necessary), freeze, then batch for shipping on ice packs or dry ice as appropriate for the test(s) requested (see <b>Test Directory</b><sup>2</sup> below).</li> <li><b>CSF</b>: Collect at least 3-5 ml (3-5 cc) CSF into a sterile tube. Deliver as soon as possible on ice packs.</li> <li><b>LABEL ALL SPECIMENS WITH PATIENT'S FULL NAME, DOB, AND SAMPLE COLLECTION DATE</b></li> </ul>	
<b>SHIPPING &amp; DELIVERY INSTRUCTIONS</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Packages should include labelled samples and completed and signed requisition forms. Samples should be shipped in accordance to IATA, ICAO, and TDG regulations.</li> <li>No weekend and statutory holiday deliveries.</li> <li><b>Delivery Address:</b> <b>BC Neuroimmunology Laboratory</b>  <b>Room S-157, 2211 Wesbrook Mall</b>  <b>Vancouver, BC V6T 2B5</b>  <b>Telephone: 604-822-7175</b></li> </ul>	
<b><sup>1</sup> SELF-PAY</b>	
<p>Tests that are offered on a "self-pay" basis can be paid by the requesting laboratory or the patient. For samples to be processed by BC Neuroimmunology Lab, all requested self-pay tests must be <b>PRE-PAID</b>. Tests can be paid for by personal credit card or cheque. Please contact us at <a href="mailto:accounting@bcneuro.ca">accounting@bcneuro.ca</a> to pre-pay tests. For laboratories, please contact us for your payment options of invoices or email <a href="mailto:accounting@bcneuro.ca">accounting@bcneuro.ca</a> for more information.</p>	
<b><sup>2</sup> TEST DIRECTORY</b>	
<p>For test-specific information, such as methodology, sample handling and stability, minimum volume, turnaround time, testing frequency, and terms of coverage under the BC Medical Services Plan, please see our <a href="https://bcneuro.ca/tests/">test directory</a>, which can be found on our website (<a href="https://bcneuro.ca/tests/">https://bcneuro.ca/tests/</a>).</p>	
<b><sup>3</sup> MSC Guidelines for MuSK Ab and VGCC Ab Testing</b>	
<p>As per the Medical Services Commission of BC (MSC), for MuSK and VGCC antibody testing to be covered by provincial health services, the test <u>must</u> be requested by a <b>neurologist</b> or, for MuSK Ab, an <b>ophthalmologist</b> or <b>neuro-ophthalmologist</b>. Otherwise, the test can be ordered on a self-pay<sup>1</sup> basis (see above). For MuSK, the patient <u>must also</u> have been found AchR Ab negative within the last 18 months with BC Neuroimmunology or with another lab, in which case, a copy of the results from the other lab must be attached or stated on the requisition by the ordering physician. The MSC does <u>not</u> cover repeat testing for patients previously negative for MuSK Ab within 18 months of the last test date. However, repeat testing in negative patients is not indicated. The MSC does <u>not</u> cover repeat VGCC Ab testing as it is a once-in-a-lifetime test.</p>	
<b>DAP ISO 15189 ACCREDITATION</b>	
<p>This facility has successfully met the accreditation requirements of the College of Physicians and Surgeons of BC Diagnostic Accreditation Program standards and been granted the internationally recognized DAP ISO 15189 accreditation award.</p>	

The personal information collected on this form and any medical data subsequently developed will be used and disclosed only as permitted or required by the *Personal Information Act*. The BC Neuroimmunology Laboratory Inc. privacy statement is available on our website (<http://bcneuro.ca>). Use of this form implies consent for the use of de-identified patient data and specimens for quality assurance purposes.

## REQUÊTE DU LABORATOIRE DE DIAGNOSTIC MOLÉCULAIRE

### Identification du prescripteur - Renseignements obligatoires

Lieu de consultation : \_\_\_\_\_

Nom et prénom : \_\_\_\_\_

Numéro de pratique : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

Télécopieur : \_\_\_\_\_

### Diagnostic OBLIGATOIRE :

Type de spécimen : ☐ Sang ☐ Moelle ☐ Autre (précisez) : \_\_\_\_\_

### Identification du patient - Renseignements obligatoires\*

\* Nom, prénom ET numéro de dossier OU RAMQ OU date de naissance et sexe.

Nom, Prénom : \_\_\_\_\_

N° Dossier : \_\_\_\_\_

RAMQ : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Sexe : \_\_\_\_\_

Date prélèvement : \_\_\_\_\_

Heure : \_\_\_\_\_

Prélevé par : \_\_\_\_\_

## Note : la requête doit suivre l'échantillon

### Néoplasies myéloprolifératives

#### Leucémie myéloïde chronique (LMC) avec *BCR-ABL1*

☐ MPBCR Dépistage (ex : leucocytose d'origine indéterminée) (2L)  
☐ TQBCR Suivi (2L) ☐ 3 mois ☐ 12 mois ☐ 18 mois ☐ Post-greffe  
\_\_\_\_\_ Nombre de mois sous ITK

☐ RMT1 Recherche de mutation ABL1 (en cas de résistance ou rechute) (2L)

**Mutation JAK2** ☐ JAK Classique (V617F) (1L/M) ☐ JAKFR Exon 12 (M)

☐ CALR Mutations *CALR* (exon 9) (1L/M)

☐ MPLFR Mutations MPL (1L/M)

☐ PDGFR Leucémie éosinophilique chronique (*F1P1L1-PDGFRa*) (2L/M)

☐ SEQCS Leucémie neutrophilique chronique & LMC atypique (mut. *CSF3R*) (2L/M)

☐ D816V Mastocytose systémique (mut. *c-KIT* D816V) (1L/M/IT)

☐ SEQEP Polyglobulies familiales (mut. *EPOR* exon 8) (1L)

### Leucémies aiguës et syndromes myélodysplasiques

#### Leucémie lymphoblastique B avec t(9;22) (*BCR-ABL1*)

☐ MPBCR Diagnostic (2L/M) ☐ TQBCR suivi (M)

#### Leucémie promyélocytaire avec t(15;17) (*PML-RARA*)

☐ TR572 Diagnostic (2L/M) ☐ TR572 suivi (M)

#### LMA avec t(8;21) ou inv(16)

☐ SEQCK Mutations c-Kit (exons 8 & 17) (1L/M)

#### LMA avec caryotype normal

☐ NPM1 Mutations NPM1 (exon 12) (2L/M)

☐ FLT3 Mutations FLT3/ITD/TKD (2L/M)

☐ CEBPA Séquençage CEBPA (2L/M)

☐ Panel de gènes myéloïdes pronostic (GMO) : ☐ LMA ☐ NMP ☐ SMD

### Néoplasies lymphoïdes matures

#### Lymphome folliculaire avec t(14;18) (*Bcl-2/IgH*)

☐ BCL21 Diagnostic (2L/M) ☐ BCL21 Suivi (2L/M)

#### Clonalité B (réarrangement IgH)

☐ CLB Diagnostic (1L/M) ☐ CLB Suivi (1L/M)

#### Clonalité T (réarrangement TCRγ)

☐ CLT Diagnostic (1L/M) ☐ CLT Suivi (1L/M)

☐ SQIGH LLC, séquençage *IgVH* (2L/M) ☐ MYD88 MYD88 (M)

☐ BRAFT Tricholeucémie (*BRAF V600E/K*) (2L/M)

### Coagulation

☐ FVLEI Facteur V Leiden (R506Q) (1L)

☐ GPRO Mutation du gène de la prothrombine (G20210A) (1L)

### Homéostasie du fer

☐ HEMOC Hémochromatose héréditaire type 1 (*HFE* C282Y & H63D) (1L)

☐ SEQLF Syndrome hyperréféritémie-cataractes (*IRE FTL1* L-ferritine) (1L)

### Index

C : Prélèvement cervical T : Tube conique 10 mL (urine)

L : Tube lavande (sang) TI : Tissu

M : Tube lavande (moelle)

O : Tube or gel (sang)

Le chiffre devant la lettre indique le nombre de tubes à prélever. Le "/" indique les types de spécimens acceptables.

### Étude HLA

#### HLA - Typage pour greffe de cellules hématopoïétiques

☐ HLATC Typage complet : HLA-ABC, DR et DQ (4L+10)

☐ HLAAB HLA-ABC (2L) ☐ HLADR HLA-DR (2L)

☐ ACGMO Recherche d'anticorps anti-HLA pour GMO (2O)

☐ XASHI Confirmation de typage (2L)

☐ Évaluation probabilités de donneurs ☐ Typage KIRS (2L)

☐ Évaluation de sangs de cordons

#### HLA - Association avec maladies (2L)

☐ HLA27 HLA-B27 ☐ B5HLA HLA-B5 ☐ HLA29 HLA-A29

☐ HLA2Q HLA-DQ (DQ2,8) ☐ HLA51 HLA-B51 ☐ HLARD HLA-DR

#### HLA - Transfusion de plaquettes

☐ ACHLA Recherche d'anticorps anti-HLA (1O)

☐ HLA PQ Typage HLA-AB (2L)

#### HLA - Interactions médicamenteuses / hypersensibilité

☐ HLAAB HLA-B\* 15:02 / Carbamazépine

☐ HLAAB HLA-B\* 58:01 / Allopurinol

☐ Autre : Spécifiez : \_\_\_\_\_

### Chimérisme

#### Bilan pré-greffe (1L)

☐ CHIME ☐ Donneur ☐ Receveur ☐ zyg Étude de géméité

Nom du receveur / donneur / jumeau : \_\_\_\_\_

#### ☐ Bilan post-greffe (CHIME) (2L/M)

*Greffe familiale 6/6 myéloablatrice (autre que pour PNH ou aplasie médullaire)*

☐ J + 21 et neutro <0.5 X 10<sup>9</sup>/L ☐ J + 100

☐ Anomalie FSC ☐ Rechute

*Greffe familiale 5/6, non-apparentée, cordon, haplo, PNH ou aplasie médullaire*

☐ J + 21 et neutro <0.5 X 10<sup>9</sup>/L ☐ J + 28 ☐ J + 100

☐ + 6 mois ☐ Anomalie FSC ☐ Rechute

*Greffe à régime de préparation réduit (mini ou midi)*

☐ J + 28 ☐ J + 56 ☐ J + 84 ☐ J + 100

☐ Autre : \_\_\_\_\_ ☐ Anomalie FSC ☐ Rechute

### Autres

☐ CADN Conservation de l'ADN (1L/M)

☐ CARN Conservation de l'ARN (2L/M)

### Pharmacogénomique oncologique

#### Une demande de consultation doit être envoyée en pathologie pour ces analyses.

Mutations exon 19 et 21 EGFR (poumon)

Mutation codons 12-13-61 ALL-RAS (codon)

BRAF V600E/K (mélanome)

### Microbiologie

☐ JCBKV Virus BK/JC (2L/T/C)

☐ VRESS Virus de l'influenza A et B et virus respiratoire syncytial

Date prélèvement : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Heure : \_\_\_\_:\_\_\_\_

**REQUÊTE EXTERNE DU LABORATOIRE D'IMMUNOLOGIE**

Médecin requérant: \_\_\_\_\_ # licence: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Tél: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Nom

Prénom

Numéro de dossier

RAMQ

Âge

☐ Résultats STAT

tél: \_\_\_\_\_

fax: \_\_\_\_\_

**Laboratoire d'immunologie-cytométrie de flux: tél: (514) 252-3400 ext. 3752**

Analyse	Diagnostic	Précision	Spécimen-tube (411-418)
<input type="checkbox"/> (iof1) Nombres absolus CD4-CD8 <input type="checkbox"/> (iof2) Typage lympho % (T/B/NK) <input type="checkbox"/> (iof3) Typage lympho nbres absolus (T/B/NK) <input type="checkbox"/> (iof) Cytométrie reliée au diagnostic _____ <input type="checkbox"/> (pnhfl) FLAER	<b>Renseignements obligatoires</b> <input type="checkbox"/> SLP / LLC <input type="checkbox"/> LEUCÉMIE AIGUE (LA) <input type="checkbox"/> SMP ou SMD <input type="checkbox"/> MYÉLOME MULTIPLE (MM) <input type="checkbox"/> PNH (FLAER) (sang, ne pas réfrigérer) <input type="radio"/> SMD <input type="radio"/> AH non immun <input type="radio"/> Hémoglobinurie <input type="radio"/> An. Aplasique <input type="checkbox"/> Autres: _____	<input type="checkbox"/> Diagnostic suspecté <input type="checkbox"/> Suivi	<input type="checkbox"/> Moëlle <input type="checkbox"/> Sang (1 tube lavande) <input type="checkbox"/> Biopsie/tissu <b>Liquides biologiques:</b> <input type="checkbox"/> LCR <input type="checkbox"/> LBA <input type="checkbox"/> Pleural <input type="checkbox"/> Autre: _____

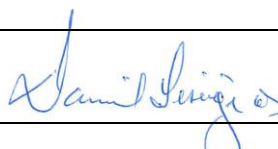
**Sérologie-immunologie: tél: 514-252-3400 ext. 3752**

Tube or gel 5 mL ( 760 )	Tube or gel (110.720.721)	Urine 24 heures
<input type="checkbox"/> (ants) Anti-SM <input type="checkbox"/> (antr) Anti-RNP <input type="checkbox"/> (antsa) Anti-SSA <input type="checkbox"/> (antab) Anti-SSB <input type="checkbox"/> (aocaf) Ac-Anti-facteur intrinsèque (envoi extérieur) <b>Tube or gel 5 mL (761)</b> <input type="checkbox"/> (anta) Anti-DNA <b>Tube or gel 5 mL (759)</b> <input type="checkbox"/> (ana) ANA anti-nucléaire <b>Tube or gel 5 mL (762)</b> <input type="checkbox"/> (anth) Anti-Histone <input type="checkbox"/> (btis1) Anticorps anti-tissus (muscles lisses, mitochondries, cellules pariétales) <b>Tube or gel 5 mL (763)</b> <input type="checkbox"/> (ant70) Anti-Scl-70 <input type="checkbox"/> (antjo) Anti-Jo1	<input type="checkbox"/> (iep) Immunoélectrophorèse des protéines <b>Tube or gel 5 mL (110)</b> <input type="checkbox"/> (aatg) Anti-thyroïdiens, anti-mitosomiaux, anti-thyroglobuline <b>Tube or gel 5 mL (764)</b> <input type="checkbox"/> (gliad) Maladie coeliaque (IgG et IgA anti-gliadine, IgA anti-transglutaminase) <b>10 tubes rouges 10 mL (406) à 37°C</b> <input type="checkbox"/> (ory37) Isolement et purification de la cryoglobuline à 37°C (Prendre RV avec labo en téléphonant au 3752) *J8 <b>Tube or gel (226)</b> <input type="checkbox"/> (agbm) Anticorps anti-membrane basale et substance intercellulaire (envoi extérieur) <b>Tube bleu 5 mL (407)</b> <input type="checkbox"/> (oryfg) C Cryofibrinogène dépistage (jeûne de 8h, pas le vendredi) (Prendre RV avec labo en téléphonant au 3752) *J8 <b>Tube rouge 10 mL (406)</b> <input type="checkbox"/> (oryde) Cryoglobuline dépistage (jeûne de 8h, pas le vendredi) (Prendre RV avec labo en téléphonant au 3752)	<input type="checkbox"/> (benj) Bence Jones <b>Tube or gel 5 mL (767)</b> <input type="checkbox"/> (spfer) Poumon de fermier <b>Tube bleu 5 mL (768) (759)</b> <input type="checkbox"/> (ole) C1 estérase <b>Tube or gel 5 mL (405)</b> <input type="checkbox"/> (viscs) Viscosité sérique <input type="checkbox"/> (ancan) ANCA <input type="checkbox"/> (antms) Anticorps anti-muscles striés

Analyse	Indications acceptables	Délai applicable
<b>Amylase sérique</b>	Aucune indication.	N/A
<b>AST</b>	1- Atteinte hépatique alcoolique (ROH) 2- Ajustement traitement de chimiothérapie 3- Pré-éclampsie, Éclampsie 4- Cholestase 5- Méthotrexate	N/A
<b>Électrophorèse des protéines sériques (EPS)</b>	1- Gammopathie monoclonale (MGUS), Myélome indolent, myélome multiple 2- Lymphome (incluant maladie de Waldenström) 3- Anémie 4- Ostéoporose 5- Neuropathie	Normal : 1 an Pic monoclonal : 28 J
<b>LDH</b>	1- Anémie hémolytique 2- Lymphome 3- Liquide biologique (LDH sérique et sur liquide biologique) 4- Réaction transfusionnelle 5- Pré-éclampsie, Éclampsie	N/A
<b>Urée</b>	<i>Pour les adultes 18 ans et plus : sera ajouté si DFGE &lt; 60 ml/min.</i> 1- Tout patient dialysé 2- Suspicion d'insuffisance rénale, déshydratation 3- Nutrition parentérale 4- Hémorragie digestive	N/A
<b>VD25</b>	1- Ostéoporose 2- Ostéopénie 3- Rachitisme 4- Syndrome de malabsorption 5- Médicaments (phénobarbital, carbamazépine, phénytoïne, valproate)	90 jours
<b>Folate sérique</b>	1- Macrocytose; 2- Anémie macrocytaire 3- Anémie normocytaire 4- Pancytopenie 5- Syndrome de malabsorption 6- Malnutrition 7- Alcoolisme 8- Médicaments antifolates (ex : Triméthoprim, Salazopyrine) 9- Troubles neurologiques (incluant neuropathie et troubles cognitifs) 10- Troubles psychiatriques 11- Suivi d'un déficit	21 jours
<b>Fer</b>	1- Intoxication 2- Insuffisance rénale chronique 3- Hémochromatose	N/A
<b>Vitamine B12</b>	1- Macrocytose 2- Anémie macrocytaire 3- Anémie normocytaire 4- Pancytopenie 5- Syndrome de malabsorption 6- Malnutrition 7- Alcoolisme 8- Médicaments (antifolate, Metformine, IPP) 9- Troubles neurologiques (incluant neuropathie et troubles cognitifs) 10- Troubles psychiatriques 11- Suivi d'un déficit	21 jours
<b>Temps de saignement</b>	Aucune indication.	N/A
<b>Vitesse de sédimentation</b>	1- Maladie rhumatologique adulte et pédiatrique : artérite temporale, polymyalgie rhumatosa, arthrite inflammatoire. 2- Pédiatrie : ostéite, maladie inflammatoire intestinale, maladie de Kawasaki 3- Lymphome de Hodgkin	N/A

Fichier : LAB-AM-031 Indication d'acceptabilité pour les règles de l'INESSS  
N/A : non applicable.

Dernière révision le :

<b>Préparé par :</b> Zeinab Daher	<b>Vérifié par :</b> Diane Gagnon et Catherine Meloche	<b>Approuvé par :</b> 	<b>Date d'entrée en vigueur :</b> 2016-05-02	<b>Page</b> 1 de 1
--------------------------------------	--	---	--	-----------------------



Requête d'analyse de  
l'INFLIXIMAB et anticorps  
anti-INFLIXIMAB

Identification du prescripteur - Renseignements obligatoires

Nom et prénom : \_\_\_\_\_  
Numéro de pratique : \_\_\_\_\_  
Pour cliniques : Lieu de consultation : \_\_\_\_\_  
Téléphone du prescripteur : \_\_\_\_\_  
Télécopieur du prescripteur : \_\_\_\_\_  
Date prélèvement : \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_ Heure : \_\_\_\_ h \_\_\_\_  
Lieu de prélèvement : \_\_\_\_\_ Prélevé par : \_\_\_\_\_

Renseignement cliniques OBLIGATOIRES

Cochez la maladie :  
☐ Crohn ☐ Colite ulcéreuse ☐ Autres : \_\_\_\_\_  
Immunomodulation :  
☐ Oui ☐ Non

Identification du patient - Renseignements obligatoires

\*Utiliser la carte HMR ou d'assurance-maladie du patient

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
Numéro de dossier : \_\_\_\_\_  
RAMQ : \_\_\_\_\_  
Date de naissance : \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_ Sexe : \_\_\_\_\_  
aaaa mm jj  
No. Tél. : \_\_\_\_\_

☐ Résultats STAT Tél. : \_\_\_\_\_ Fax : \_\_\_\_\_

Cochez la raison de la demande d'analyse :

☐ Post-induction ☐ Aléatoire  
☐ Non réponse ☐ Perte de réponse

Biochimie - 1 tube or gel (110)

☐ (infi) Infliximab et anticorps anti-infliximab

Hôpital Maisonneuve-Rosemont  
5415, boul. de l'Assomption  
Montréal Qc H1T 2M4  
Tél: (514) 252-3400

Étiquette d'enregistrement ici

F00001-1508



Requête d'analyse de  
l'INFLIXIMAB et anticorps  
anti-INFLIXIMAB

Identification du prescripteur - Renseignements obligatoires

Nom et prénom : \_\_\_\_\_  
Numéro de pratique : \_\_\_\_\_  
Pour cliniques : Lieu de consultation : \_\_\_\_\_  
Téléphone du prescripteur : \_\_\_\_\_  
Télécopieur du prescripteur : \_\_\_\_\_  
Date prélèvement : \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_ Heure : \_\_\_\_ h \_\_\_\_  
Lieu de prélèvement : \_\_\_\_\_ Prélevé par : \_\_\_\_\_

Renseignement cliniques OBLIGATOIRES

Cochez la maladie :  
☐ Crohn ☐ Colite ulcéreuse ☐ Autres : \_\_\_\_\_  
Immunomodulation :  
☐ Oui ☐ Non

Identification du patient - Renseignements obligatoires

\*Utiliser la carte HMR ou d'assurance-maladie du patient

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
Numéro de dossier : \_\_\_\_\_  
RAMQ : \_\_\_\_\_  
Date de naissance : \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_ Sexe : \_\_\_\_\_  
aaaa mm jj  
No. Tél. : \_\_\_\_\_

☐ Résultats STAT Tél. : \_\_\_\_\_ Fax : \_\_\_\_\_

Cochez la raison de la demande d'analyse :

☐ Post-induction ☐ Aléatoire  
☐ Non réponse ☐ Perte de réponse

Biochimie - 1 tube or gel (110)

☐ (infi) Infliximab et anticorps anti-infliximab

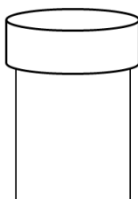
Hôpital Maisonneuve-Rosemont  
5415, boul. de l'Assomption  
Montréal Qc H1T 2M4  
Tél: (514) 252-3400

Étiquette d'enregistrement ici

F00001-1508

## INSTRUCTION POUR EFFECTUER LE PRÉLÈVEMENT POUR UNE CALPROTECTINE FÉCALE

(CONTENANT STÉRILE)



### Matériel pour effectuer votre prélèvement :

- ✓ 1 contenant stérile identifié à votre nom ;
- ✓ Papier de soie;
- ✓ 1 sac de plastique avec deux pochettes;
- ✓ 1 bâton de bois ou cuillère.

### Objectif

Effectuer une collecte de selle pour l'analyse Calprotectine fécale de façon adéquate.

### Avant de commencer

- Laver vos mains.



### Procédure du prélèvement

#### Étape 1 : Placer le papier de soie

Déplier le papier de soie. Placez-le directement sur l'eau propre au centre de la cuvette, de façon à ce que les côtés du papier collent à la paroi de la cuvette.



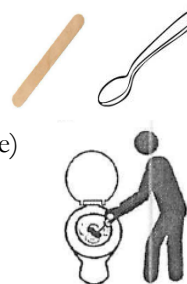
#### Étape 2 : Prélèvement

Faites votre selle sur le papier.



#### Étape 3 : Recueillir des selles

À l'aide du bâton, d'une spatule ou d'une cuillère en plastique, recueillir un morceau de la selle (équivalent à deux cuillères à soupe) et le déposer dans le contenant stérile. **Bien fermer le pot.**



#### Étape 4 : Tirer la chasse d'eau.

Le papier est biodégradable.

### Inscrire la date et l'heure

Inscrire la date et l'heure sur le ou les contenants après le prélèvement.

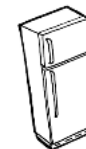
### Identification de votre échantillon

Assurez-vous que votre contenant soit identifié :

- Nom et prénom complet
- RAMQ (ou dossier du HPLG)

### Conservation de votre échantillon

Conserver le contenant au réfrigérateur.



### Rapporter votre échantillon

- Vous avez **maximum 24 heures** après le prélèvement.
- Mettre le contenant de selle dans le sac bio hasard dans la partie qui se ferme.
- Rapporter l'échantillon à l'endroit où vous avez obtenu votre trousse.
  - o Centre des prélèvements dans les CLSC entre 06H30 et 14H00
- Apporter avec vous : votre **échantillon** et votre **carte d'assurance maladie**.
- **Si l'échantillon ne répond pas aux exigences, le spécimen sera à reprendre.**





# Test respiratoire à l'urée



**Votre médecin vous demande de passer un test respiratoire à l'urée pour vérifier l'état de santé de votre estomac. Cette fiche vous décrit les raisons et les étapes de ce test.**

## Quel est le but de ce test?

Ce test vise à détecter la bactérie *Helicobacter pylori* dans votre estomac.

### IMPORTANT

Ce test est destiné aux adultes et aux enfants pesant plus de 15 kilogrammes (35 livres).

## En quoi consiste ce test?

Il consiste à recueillir dans un tube spécial des échantillons d'air expiré juste avant et 30 minutes après avoir bu une boisson spécifique.

Le test permet de mesurer la concentration d'atomes de carbone ( $C^{13}$ ) dans les échantillons.

## Faut-il être à jeun pour passer ce test?

Vous devez être à jeun pendant **au moins 3 heures** avant le test. Vous ne devez ni manger ni boire, même pas de l'eau.

## Faut-il aussi prendre des précautions AVANT ce test?

Oui. Vous ne devez pas avoir pris certains médicaments, tels :

- > Des antiacides depuis au moins **24 heures** :
  - par exemple, Zantac, Axid, Gaviscon, Maalox, Tums, Pepcid ou Tagamet
- > Les médicaments de type inhibiteurs de pompe à protons depuis **2 semaines** :
  - l'oméprazole (Losec ou d'autres marques)
  - le lansoprazole (Prevacid ou d'autres marques)
  - l'ésoméprazole (Nexium ou Apo-Ésoméprazole)
  - le pantoprazole (Pantoloc, Tecta ou d'autres marques)
  - le rabéprazole (Pariet ou d'autres marques)
  - le dexlansoprazole (Dexilant)
- > Des antibiotiques depuis **4 semaines**, incluant du Pepto-Bismol.

En cas de doute, informez-vous auprès de votre pharmacien ou votre médecin, et suivez leurs avis.



## Où faut-il aller pour passer ce test?

Il se fait au Centre de prélèvements du CHUM. Vous devez d'abord prendre un rendez-vous sur Clic-santé.

**Important!** Sélectionnez bien le test (service) pour lequel vous venez.

> Pavillon D, 1<sup>er</sup> étage,  
local D0141  
1051, rue Sanguinet  
Montréal H2X 0C1

Les heures d'ouverture sont du lundi au vendredi, de 6 h 45 à 14 h 30.

## Combien de temps dure ce test?

La durée correspond au temps requis pour la préparation et la prise des 2 échantillons d'air, c'est-à-dire environ 40 minutes.

## Comment se passe ce test?

- 1 On vous donne à boire une boisson à base d'acide citrique. (Elle a un goût citronné).
- 2 Vous soufflez avec une paille dans deux tubes conçus pour recueillir des échantillons d'air. On identifie ces échantillons ainsi : T=0.
- 3 On vous donne à boire une 2<sup>e</sup> boisson à base d'acide citrique. Celle-ci contient de l'urée.
- 4 Après 30 minutes d'attente, vous soufflez avec une paille dans deux autres tubes. On identifie ces échantillons ainsi : T=30.



## Faut-il prendre des précautions PENDANT ce test?

Pendant toute la durée de l'examen, vous devez rester au repos. Vous ne pourrez ni boire, ni manger, ni fumer.

## Quand les résultats seront-ils connus?

Votre médecin traitant vous donnera les résultats du test à votre prochain rendez-vous.



### RESSOURCES UTILES

Il existe d'autres fiches santé produites par le CHUM. Demandez lesquelles pourraient vous convenir.



Vous pouvez aussi les consulter directement sur notre site [chumontreal.qc.ca/fiches-sante](http://chumontreal.qc.ca/fiches-sante)



### Questions

**Autorité responsable :** Caroline Léger, chef de service

**Identifiant :** 06-PREL-DOC-175968, version 01

**Date d'entrée en vigueur :** 2021-09-21

*Le contenu de ce document ne remplace d'aucune façon les recommandations faites, les diagnostics posés ou les traitements suggérés par votre professionnel de la santé.*

Pour en savoir plus sur le Centre hospitalier de l'Université de Montréal  
[chumontreal.qc.ca](http://chumontreal.qc.ca)



## INSTRUCTIONS POUR EFFECTUER LE PRÉLÈVEMENT POUR UNE RECHERCHE D'ÉLASTASE DANS LES SELLES

(CONTENANT STÉRILE)



### Matériel pour effectuer votre prélèvement :

- ✓ 1 Papier de soie ;
- ✓ 1 contenant stérile identifié à votre nom ;
- ✓ 1 sac de plastique avec deux pochettes ;
- ✓ 1 cuillère de plastique ou abaisse-langue.

### Objectif

Évaluer la fonction exocrine du pancréas  
(*Élastase fécale*) dans vos selles.

### Avant de commencer

Évitez de prendre du laxatif, des anti diarrhéiques  
et des antiacides avant le prélèvement des selles.

Toutefois, avant de modifier toutes prescriptions  
médicamenteuses, vous devez en discuter avec votre médecin.

Laver vos mains.



### Procédure du prélèvement

#### Étape 1 : Placer le papier de soie

Déplier le papier de soie. Placez-le  
directement sur l'eau propre au centre de la  
cuvette, de façon à ce que les côtés du  
papier collent à la paroi de la cuvette.



#### Étape 2 : Prélèvement

Faites votre selle sur le papier.



#### Étape 3 : Recueillir des selles

À l'aide du bâton ou d'une cuillère en plastique,  
recueillir un morceau de la selle (équivalent  
à deux cuillères à soupe) et le déposer dans  
le contenant stérile. Si l'enfant est aux  
couches, prélever directement de la couche.



**Bien fermer le pot.**

#### Étape 4 : Tirer la chasse d'eau.

Le papier est biodégradable.



**N.B. Les selles doivent être molles ou formées  
pour que l'analyse soit effectuée au  
laboratoire.**

### Inscrire la date et l'heure

Inscrire la date et l'heure sur le ou les contenants  
après le prélèvement.

### Identification de votre échantillon

Assurez-vous que votre contenant soit identifié :

- Nom et prénom complets
- RAMQ (ou dossier du HPLG)

### Conservation de votre échantillon

- Conserver le contenant au réfrigérateur.



### Rapporter votre échantillon

- Vous avez **maximum 48 heures** après le  
prélèvement.

- Mettre le contenant de selle dans le  
sac dans la partie fermée.



- Rapporter l'échantillon à l'endroit où vous  
avez obtenu votre trousse. Du lundi au  
vendredi :

- Centre de prélèvements dans les CLSC  
entre 6H30 et 14h00;

○

- Apporter avec vous : votre **échantillon**,  
votre **carte d'assurance maladie** et votre  
**prescription du médecin**.

- Si l'échantillon ne répond pas aux  
exigences, le spécimen sera à reprendre.

BIO-INF- 051 Instructions aux usagers - Recherche  
d'Élastase fécales

Dernière révision le : 2021-10-22

chapitre S-0.1, r. 11

## Règlement sur les examens et analyses qu'une sage-femme peut prescrire, effectuer ou interpréter dans l'exercice de sa profession

### Loi sur les sages-femmes

(chapitre S-0.1, a. 9, 2<sup>e</sup> al.)

**1.** Les examens et les analyses qu'une sage-femme peut prescrire, effectuer ou interpréter sont les suivants:

1° les examens et les analyses destinés à la mère inscrits à l'annexe I aux conditions, s'il y a lieu, qui y sont déterminées;

2° les examens et les analyses destinés à l'enfant inscrits à l'annexe II;

3° les examens et les analyses destinés au père inscrits à l'annexe III aux conditions qui y sont déterminées.

Aux fins du présent règlement, une sage-femme ne peut effectuer un examen ou une analyse en laboratoire.

D. 968-2008, a. 1.

**2.** (Omis).

D. 968-2008, a. 2.

### ANNEXE I

(a. 1)

#### EXAMENS ET ANALYSES RELATIFS À LA MÈRE

	Prescrire	Effectuer	Interpréter	Conditions
Acide folique	X	X	X	
Amniocentèse	X			
Analyse d'urine (examen sommaire)	X	X	X	
Anatomo-pathologie du placenta et du cordon	X			
Bilan hépatique (LDH, ALT, AST, GGT, bilirubine directe et indirecte)	X	X	X	
Bilan rénal (BUN, créatinine, protéine, albumine, acide urique, urée)	X	X	X	
Coombs indirect	X	X	X	
Cultures bactériologiques des liquides et antibiogramme	X	X	X	
Dépistage pour les ITS	X	X	X	
Dépistage toxicologique sanguin et urinaire	X	X	X	
Dosage de la TSH	X	X	X	
Échographie obstétricale	X			
Électrophorèse de l'hémoglobine	X	X		Pour la mère à risque

				présentant une hémoglobinopathie
Épreuve d'hyperglycémie provoquée	X	X	X	
Examens sérologiques	X	X	X	
Fer sérique + fixation du complément (TIBC)	X	X	X	
Ferritine	X	X	X	
Formule sanguine complète	X	X	X	
Glycémie	X	X	X	
Groupe sanguin et Rhésus	X	X	X	
Marqueurs sériques	X	X		
Monitoring foetal	X	X	X	
Profil biophysique	X			
Protéinurie des 24 heures	X	X	X	Après 20 semaines de gestation
Recherche d'anticorps irréguliers	X	X	X	
Recherche de cellules foetales (Kleihauer)	X	X	X	Pour la mère Rh négatif chez qui une intervention est pratiquée ou présentant un traumatisme augmentant le risque de transfusion foeto-maternelle et où il n'y a pas eu une prophylaxie avec les immunoglobulines
Test de grossesse (urine HCG)	X	X	X	
Test de grossesse (sang bêta-HCG)	X	X	X	
Test de réactivité foetale	X	X	X	
Test papanicolaou (cytologie endo-col, exo-col et vagin)	X	X		
Dosage de Vitamine B12	X	X	X	

D. 968-2008, Ann. I.

**ANNEXE II**

(a. 1)

EXAMENS ET ANALYSES RELATIFS À L'ENFANT

	Prescrire	Effectuer	Interpréter
--	-----------	-----------	-------------

Bilirubine directe et indirecte	X	X	X
Coombs direct	X	X	X
Cultures bactériologiques des liquides et antibiogramme	X	X	X
Dépistage des maladies génétiques (PKU)	X	X	
Dépistage toxicologique sanguin et urinaire	X	X	X
Évaluation non invasive par saturomètre	X	X	X
Formule sanguine complète	X	X	X
Glycémie	X	X	X
Groupe sanguin et rhésus	X	X	X

D. 968-2008, Ann. II.

### ANNEXE III

(a. 1)

#### EXAMENS ET ANALYSES RELATIFS AU PÈRE

	Prescrire	Effectuer	Interpréter	Conditions
Électrophorèse de l'hémoglobine	X	X		Test réservé au père biologique du foetus d'une mère porteuse de traits falciformes ou présentant une autre hémoglobino-pathie pour évaluer le risque foetal
Groupe sanguin et rhésus	X	X	X	Test réservé au père biologique du foetus d'une mère Rh négatif

D. 968-2008, Ann. III.

#### RÉFÉRENCES

D. 968-2008, 2008 G.O. 2, 5630

#### e) Sérologie

- Hépatites A, B et C
- Test tréponémique et test non tréponémique
- VIH
- Herpès et chlamydia par méthode d'immunofluorescence
- Protéine C réactive, sauf l'ultra-sensible
- Monotest

#### Biochimie/Sang

- Amylase
- Bilirubine, directe et totale
- Chlorures
- Créatine-phosphokinase (CPK)
- Créatinine
- Dosage du phénobarbital, du lithium, de la carbamazépine, de la théophylline, de la digoxine, du dilantin, de l'acide valproïque
- Dosages hormonaux :  
Hormone folliculo-stimulante (FSH)  
Hormone lutéinisante (LH)  
Hormone thyroïdienne (TSH)
- Dosages de vitamines :  
Vitamine B12  
Acide folique
- Gamma-glutamyl-transférase (GGT)
- Glycémie
- Hyperglycémie orale provoquée
- Hémoglobine glyquée (HbA1c)
- Capacité de fixation du fer
- Fer, ferritine
- Test de tolérance au lactose

- Plombémie
- Lipase
- Bilan lipidique
- Gaz artériel et capillaire
- Phosphatase alcaline
- Phosphore
- Électrolytes
- Protéine totale
- Préalbumine et albumine
- Transaminase
- Acide urique
- Test à la sueur
- Dépistage : drogues de rue, drogues du viol et alcool
- Sang occulte dans les selles
- $\beta$ hCG (qualitatif)

#### Biochimie/Urine

- Analyse d'urine
- Microalbuminurie sur miction ou sur urine des 24 heures
- Test de grossesse
- Clairance de la créatinine des 24 heures
- Drogues de rue et drogues du viol
- Recherche par technique enzymatique :
  - Chlamydia
  - Gonorrhée

#### Cytologie

- Frottis cervico-vaginal
- Spermogramme
- Recherche de spermatozoïdes dans le liquide vaginal ou après vasectomie

Dans certains cas, le pharmacien pourra valider l'innocuité et l'efficacité de la thérapie médicamenteuse par le biais d'analyses de laboratoire avant de prolonger ou non une ordonnance d'un médecin.

Ainsi, le pharmacien qui exerce ses activités professionnelles dans une pharmacie communautaire peut, aux fins de la surveillance de la thérapie médicamenteuse, prescrire les analyses de laboratoire suivantes :

1. formule sanguine complète (FSC)
2. temps de prothrombine (PT RNI) - INR
3. créatinine
4. électrolytes
5. alanine transaminase (ALT)
6. créatinine-kinase (CK)
7. dosages sériques des médicaments
8. glycémie
9. hémoglobine glyquée HbA1c
10. bilan lipidique
11. hormone thyroïdienne (TSH)

## 4.2 CONDITIONS ET MODALITÉS

Avant de demander une analyse de laboratoire, le pharmacien doit s'assurer qu'un résultat récent de cette analyse pour le patient n'est pas autrement disponible afin d'éviter le doublement des tests. Pour ce faire, le patient est un allié important du pharmacien. Une bonne collaboration entre le pharmacien et le patient permettra de faciliter la recherche d'une analyse de laboratoire, le cas échéant. Le pharmacien devra donc faire les vérifications d'usage auprès des sources (établissement, centre de prélèvement, clinique médicale) identifiées par le patient. Si, à la suite de ses vérifications, le pharmacien n'est pas en mesure d'obtenir le résultat encore valide d'une analyse de laboratoire dont il a besoin, il documente alors cette démarche au dossier du patient et prescrit la ou les analyses qu'il est habilité à prescrire et dont il a besoin aux fins de surveillance, en respectant les normes du *Règlement sur les ordonnances d'un pharmacien*.

Avec le consentement du patient, le pharmacien contacte le laboratoire ou le médecin traitant, le cas échéant, afin de s'assurer de la disponibilité ou non de l'analyse de laboratoire et il inscrit sa démarche au dossier.

\* Obligatoire pour acceptation de l'échantillon

\* Required for sample acceptance

**\*Prescripteur / \*Prescriber**

\*Nom &amp; prénom / Last &amp; First name

\*No. permis / License #

\*Clinique, bureau / Clinic, Office

\*Adresse pour le retour des résultats

\*Address for return of results

\*Signature : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

Prescripteur / Prescriber

\*Nom / Last name :

\* Prénom / First name :

\*No. de dossier ou RAMQ / MRN or RAMQ :

Adresse / Address :

Si aucun no. de dossier ou RAMQ / If no MRN or RAMQ :

\* Date de naissance / or Birthdate 20\_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_

\* Sexe / Gender :

Date : 20\_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_

de la requête / of request

☐ Routine ☐ STAT☐ Cellules souches☐ Coeur☐ Foie☐ Pancréas☐ Rein☐ Multi-organes / Multi-organ☐ Receveur / Recipient☐ Donneur / Donor : → Relation : \_\_\_\_\_

Race :

Origine ethnique :

**A Historique du receveur / Recipient history**

N° grossesses / pregnancies \_\_\_\_\_ Dernière / last transfusion \_\_\_\_\_aaaa-mm Greffe antérieure / previous transplant \_\_\_\_\_aaaa-mm

Traitement dans les dernières 6 semaines (avant ou après greffe) / Treatment in the last 6 weeks (before or after transplant) :

☐ IVIG☐ ATG☐ Campath☐ Rituximab**B Analyses / Tests****Tubes - Typage / HLA Typing****\*\* HLAGR**

2 tubes(10ml) ACD de préférence / preferred\*

ou 2 tubes héparinés / heparinized (vert/green) + 1 tube EDTA (lavande / lavender)

(inclus les anticorps)

**Tubes - Anticorps/Antibodies****\*\*CICG**

2 SST 7-10ml ou 2 tubes rouges/red

**Tubes - Compatibilité /XM**

Donneur : 4 tubes ACD

Receveur : 1 SST ou 1 tube rouge/red

**\*\* HLAGR**☐ Typage/ HLA typing → ☐ 1er ☐ Confirmation☐ PRA Dépistage d'anticorps / Ab Screen☐ Compatibilité / Crossmatch (XM)☐ Initiale / Initial ☐ Finale / Final☐ \*Anticorps spécifique du donneur (ASD)

\*Donor Specific Antibody (DSA)

☒ Compléter / Complete☐ Autre : \_\_\_\_\_**Section C****C Motif de la demande / Reason for test request**☐ Surveillance de routine (aucune dysfonction du greffon)

↓ Routine monitoring (no graft dysfunction)

☐ 3 mois☐ Suivi des ASD☐ 12 mois

Follow-up DSA

☐ > 1 an☐ Dysfonction du greffon /

↓ Graft dysfunction

☐ Glomérulopathie chronique prouvée par biopsie /Biopsy proven Transplant glomerulopathy☐ Rejet prouvé par biopsie / Biopsy proven Rejection☒ Rejet humoral / Antibody mediated rejection☐ Rejet cellulaire / Cellular rejection☐ Perte du greffon /

Graft failure

**\*ATTESTATION de TÉMOIN****\*WITNESS ATTESTATION**

Je suis témoin du fait que cet échantillon a été identifié en présence du patient. J'ai vérifié que le nom, prénom et numéro d'identification sur le tube, sur le formulaire et sur le bracelet ou la carte d'hôpital / RAMQ sont identiques.

I have witnessed that this specimen was identified in the presence of the patient. I have verified that the full name and identification number on the tube, this form and the hospital bracelet or hospital/medicare card match exactly.

**\*Témoin / Witness :** ☐ Patient ☐ Autre/Other : \_\_\_\_\_ ☐ Professionel de la santé / Health professional

\*Nom / Name : X

\*Signature X

**\*Phlébotomiste :**

\*Nom complet :

\*Full Name : \_\_\_\_\_

\*Date 20\_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_  
yy mm jj☐ Inf. ☐ Tech. ☐ MD

\*Signature : X

\*Heure/Time : \_\_\_\_\_

hh:mm

Envoyer ce formulaire au laboratoire HLA avec le(s) tube(s).  
Chaque sac Ziploc doit contenir le(s) tube(s) d'un seul patient.  
Respectez la manutention et température des échantillons.

Send this form with the tube(s) to HLA lab.  
Each Ziploc bag must contain the tube(s) of only one patient.  
Respect correct handling and temperature of samples.

# Méthode de prélèvement par **gargarisme** pour le diagnostic de la **COVID-19**

1

Se placer à 2 mètres et plus de quiconque, retirer le masque ou couvre-visage et se laver les mains avec une solution hydro-alcoolique.

2

Transférer le contenu du tube contenant 5 mL d'eau à gargariser dans un petit gobelet gradué jetable.



3

Se gargariser avec cette eau



5 secondes dans la bouche



5 secondes dans la gorge



Répéter une seconde fois :



- 5 secondes dans la bouche
- 5 secondes dans la gorge

4

Recracher le contenu de la bouche dans le gobelet en prenant garde de ne pas en verser à l'extérieur.



5

Verser le contenu du gobelet dans le tube prévu à cet effet et bien remettre le bouchon sur le tube en le vissant fermement. Les rebords du gobelet peuvent être légèrement écrasés pour faciliter le transfert dans le tube.



6

Jeter le gobelet

7

S'assurer que le bouchon du tube est bien vissé et mettre le tube dans le sac prévu à cet effet. Sceller le sac et le remettre à la personne désignée.

8

Se laver les mains avec une solution hydro-alcoolique et remettre le masque ou couvre-visage en place.

9

**Pour les échantillons acheminés à l'Hôpital Pierre-Le Gardeur**, transférer 1 mL de gargarisme à l'aide d'une pipette dans le milieu de transport PCR Media.





**ENREGISTREMENT DES ANALYSES DE MICROBIOLOGIE**

Version 003

Statut : Approuvé

Analyse	Code test	Source	Site	Particularités	Conservation	Critères de rejet
Culture d'urine	Si mi-jet : URIMJ	MJ : Urine mi-jet	« N/A »		2 heures température pièce 24 heures frigo  Si non-conforme : Refus du spécimen	Urine prélevé dans une bassine ou un urinal.  >2 heures à température pièce ou >24 heures au frigo  2 <sup>e</sup> culture prélevé par la même technique à moins de 24 heures d'intervalle (redondance)
	Si autre que mi- jet : SURI	Selon le type de spécimen	« N/A »			Bout de sonde ou de cathéter  Urine d'un sac de drainage (exception les sacs pédiatriques)  >2 heures à température pièce ou >24 heures au frigo  2 <sup>e</sup> culture prélevé par la même technique à moins de 24 heures d'intervalle (redondance)

Préparé par :  
Steve Bellehumeur

Vérifié par :  
Nathalie Jones

Approuvé par :



Date d'entrée en vigueur :  
2018-05-16

Page  
1 de 10

**ENREGISTREMENT DES ANALYSES DE MICROBIOLOGIE**

Version 003

Statut : Approuvé

Analyse	Code test	Source	Site	Particularités	Conservation	Critères de rejet
Hémoculture	Si Aérobie et anaérobie : HEMO	HAEAN : Hémoculture anaérobie et aérobie	Site de la ponction veineuse	Si 1 ou 2 hémocultures prescrites, faire 2 enregistrements et prélever 2 séries de bouteilles* à deux sites de ponction différents	4 heures température pièce  Si non-conforme : Accepter le spécimen (à l'usage du laboratoire : inscrire le commentaire de Micro «Résultat sous réserve, spécimen conservé à 4°C » ou « Résultat sous réserve : Délai de transport de plus de 4 heures ».)	
	Si pédiatrique: HEMOP	HEMP : Hémoculture pédiatrique	Site de la ponction veineuse	Inscrire le volume de sang prélevé dans le « Commentaire de Micro »		
Sécrétion vaginale	SV			Si <16 ans, le test sera changé par VGPB automatiquement par SoftLab, sélectionner le site « N/A »	24 heures température pièce  Si non-conforme : Refus du spécimen	Échantillon sec sans milieu de transport  >24 heures avant l'arrivée au laboratoire

Préparé par :  
Steve Bellehumeur

Vérifié par :  
Nathalie Jones

Approuvé par :



Date d'entrée en vigueur :  
2018-05-16

Page  
2 de 10

**ENREGISTREMENT DES ANALYSES DE MICROBIOLOGIE**

Version 003

Statut : Approuvé

Analyse	Code test	Source	Site	Particularités	Conservation	Critères de rejet
Recherche de Neisseria gonorrhoeae	GONO	Selon le site demandé	« N/A »		6 heures température pièce 24 heures frigo	>24 heures température pièce  <48 heures au frigo  Échantillon sec sans milieu de transport
Culture urogénitale	UROG	SECUR : Prélèvement	Selon le type de spécimen		24 heures température pièce  Si non-conforme : Refus du spécimen	Échantillon sec sans milieu de transport  >24 heures avant l'arrivée au laboratoire
Recherche de Streptocoque du groupe B	STB	VAREC : Sécrétions vagin / anorectal	« N/A »	Préciser si allergie à la pénicilline en « Commentaire de Micro »	2 heures température pièce 24 heures frigo  Si non-conforme : Refus du spécimen	>2 heures à température pièce  >24 heures au frigo
Culture de gorge	STRA	SEC1 : Sécrétions	Gorge	Préciser si allergie à la pénicilline en « Commentaire de Micro »	24 heures température pièce  Si non-conforme : Refus du spécimen	>24 heures à température pièce

Préparé par :  
Steve Bellehumeur

Vérifié par :  
Nathalie Jones

Approuvé par :



Date d'entrée en vigueur :  
2018-05-16

Page  
3 de 10

**ENREGISTREMENT DES ANALYSES DE MICROBIOLOGIE**

Version 003

Statut : Approuvé

Analyse	Code test	Source	Site	Particularités	Conservation	Critères de rejet
Recherche anale de Streptocoque du groupe A	STRA	SEC1 : Sécrétions	Anus		24 heures température pièce  Si non-conforme : Refus du spécimen	>24 heures à température pièce
Recherche de Staphylococcus aureus	STAU	Selon le site demandé	« N/A »		24 heures température pièce 48 heures frigo  Si non-conforme : Refus du spécimen	Écouvillon sec ou déposé dans mauvais milieu de transport  >48 heures avant arrivée au laboratoire
Recherche de SARO	SARO	Selon la demande.	Choisir selon la source demandée	Pour recherche nasale : Source : SECRS (sécrétions)  Site : Nez	2 heures température pièce  Si non-conforme : Refus du spécimen	>2 heures température pièce  >24 heures au frigo
Recherche de ERV	ERV	Selon la demande.	Choisir selon la source demandée	Pour recherche anale : Source : SECRS (sécrétions)  Site : Anus	2 heures température pièce 24 heures frigo  Si non-conforme : Refus du spécimen	Prélèvement au niveau des narines ou des aisselles  Écouvillon sans selle visible  >2 heures température pièce  >24 heures frigo

Préparé par :  
Steve Bellehumeur

Vérifié par :  
Nathalie Jones

Approuvé par :



Date d'entrée en vigueur :  
2018-05-16

Page  
4 de 10

**ENREGISTREMENT DES ANALYSES DE MICROBIOLOGIE**

Version 003

Statut : Approuvé

Analyse	Code test	Source	Site	Particularités	Conservation	Critères de rejet
Recherche entérobactéries productrices de carbapénémases	EPC	Selon la demande (Anus ou Selles)	« N/A »		24 heures température pièce  Si non-conforme : Refus du spécimen	Écouvillon sans selle visible >24 heures température pièce
Culture de selle	SELLE	SELLE : Selles	« N/A »	Si <6 ans, le test sera changé par SELLP automatiquement par SoftLab, sélectionner le site « N/A »	48 heures frigo  Si non-conforme : Refus du spécimen	Quantité de selles dans le contenant au-delà de la ligne de remplissage.  Plus d'un échantillon la même journée  Selle sans préservatif >2 heures  Selle avec préservatif >48 heures  Ecouvillon rectal sec  Patient hospitalisé depuis plus de 3 jours

Préparé par :  
Steve Bellehumeur

Vérifié par :  
Nathalie Jones

Approuvé par :



Date d'entrée en vigueur :  
2018-05-16

Page  
5 de 10

**ENREGISTREMENT DES ANALYSES DE MICROBIOLOGIE**

Version 003

Statut : Approuvé

Analyse	Code test	Source	Site	Particularités	Conservation	Critères de rejet
Recherche de parasite	Si « Aucune des situations » au question- naire : PARA	Selon la demande	« N/A »	Ne pas envoyer le questionnaire papier au laboratoire	48 heures frigo  Si non-conforme :  - Délai : Accepter le spécimen	Selle sans préservatif  Plus d'un échantillon la même journée  Quantité de selle au-delà de la ligne de remplissage
	Si une justifica- tion est présente au question- naire : PARAC	Selon la demande	« N/A »	Inscrire cette justification en « Commentaire de Micro ». Ne pas envoyer le questionnaire papier au laboratoire	- Contenant trop plein (au-dessus de la ligne noire sur l'étiquette du contenant) : Refus du spécimen	Volume de selle minime à peine visible  Selles non-homogénéisées  Patient hospitalisé depuis plus de 3 jours
Clostridium difficile toxine A et B	CDIFF				72 heures frigo  Si non-conforme : Refus du spécimen	>72 heures au frigo

Préparé par :  
Steve Bellehumeur

Vérifié par :  
Nathalie Jones

Approuvé par :



Date d'entrée en vigueur :  
2018-05-16

Page  
6 de 10

**ENREGISTREMENT DES ANALYSES DE MICROBIOLOGIE**

Version 003

Statut : Approuvé

Analyse	Code test	Source	Site	Particularités	Conservation	Critères de rejet
Recherche d'oxyures	OXY	SCOT : Scotch Tape	« N/A »		Frigo  Si non-conforme : Accepter le spécimen	
Culture de liquide céphalo-rachidien	LCRM	LCRM : Liquide céphalo-rachidien	« N/A »		Température pièce  Si non-conforme : Accepter le spécimen	
Culture de liquide biologique	LBIO	Selon le type de liquide	Selon la source sélectionnée		Frigo  Si non-conforme : Accepter le spécimen (à l'usage du laboratoire : inscrire la non-conformité en commentaire de Micro)	

Préparé par :  
Steve Bellehumeur

Vérifié par :  
Nathalie Jones

Approuvé par :



Date d'entrée en vigueur :  
2018-05-16

Page  
7 de 10

**ENREGISTREMENT DES ANALYSES DE MICROBIOLOGIE**

Version 003

Statut : Approuvé

Analyse	Code test	Source	Site	Particularités	Conservation	Critères de rejet
Culture de pus profond	PUPRO	Selon la demande	Site de prélèvement		24 heures frigo  Si non-conforme : Accepter le spécimen (à l'usage du laboratoire : inscrire la non-conformité en commentaire de Micro)	Ecouvillon sec sans milieu de transport  Matériel reçu dans fixateur
Culture de pus superficiel	PUSP	Selon la demande	Site de prélèvement		24 heures frigo  Si non-conforme : Refus du spécimen	>24 heures frigo
Culture d'oeil	OEIL	SOCC : Sécrétions oculaires	Œil droit ou œil gauche		6 heures température pièce 24 heures frigo  Si non-conforme : Refus du spécimen	>6 heures température pièce  >24 heures au frigo
Culture oreille	SOREI	CAE : Conduit auditif externe	Oreille droite ou oreille gauche		24 heures frigo  Si non-conforme : Refus du spécimen	>24 heures au frigo

Préparé par :  
Steve Bellehumeur

Vérifié par :  
Nathalie Jones

Approuvé par :



Date d'entrée en vigueur :  
2018-05-16

Page  
8 de 10



**ENREGISTREMENT DES ANALYSES DE MICROBIOLOGIE**

Version 003

Statut : Approuvé

Analyse	Code test	Source	Site	Particularités	Conservation	Critères de rejet
Culture d'expectoration	SEXP	EXPE : Expectorations SET : Sécrétions endo-trachéales	« N/A »		2 heures température pièce 24 heures frigo  Si non-conforme : Refus du spécimen	>2 heures température pièce >24 heures au frigo
Culture de lavage broncho-alvéolaire	SLBA	Selon le spécimen prélevé	Selon la source choisie	Avec demande de LBA, toujours demander culture mycose profonde et recherche mycobactéries	24 heures frigo  Si non-conforme : Refus du spécimen	>24 heures au frigo
Recherche de Légionelle	RLEG	Selon le spécimen prélevé	Selon la source choisie		24 heures frigo  Si non-conforme : Refus du spécimen	>24 heures au frigo
Recherche de levure	LEVU	Selon la demande	Site de prélèvement		24 heures frigo  Si non-conforme : Refus du spécimen	>24 heures au frigo
Mycose superficielle	MYSUP	Selon la demande	Site de prélèvement		Température pièce  Si non-conforme : Accepter le spécimen	

Préparé par :  
Steve Bellehumeur

Vérifié par :  
Nathalie Jones

Approuvé par :



Date d'entrée en vigueur :  
2018-05-16

Page  
9 de 10

**ENREGISTREMENT DES ANALYSES DE MICROBIOLOGIE**

Version 003

Statut : Approuvé

Analyse	Code test	Source	Site	Particularités	Conservation	Critères de rejet
Mycose profonde	MYPRO	Selon la demande	Site de prélèvement		24 heures frigo Si non-conforme : Refus du spécimen	>24 heures au frigo
Recherche de mycobactéries	EBK			A la question « Nature du spécimen », sélectionner le type de spécimen	2 heures température pièce 24 heures frigo Si non-conforme : Refus du spécimen	>2 heures température pièce
Culture de stérilet	STER	STER : Stérilet	« N/A »		Frigo	Spécimen non-identifié
Culture de cathéter	CATH	CATH : Cathéter	Selon le site du cathéter		Frigo	Spécimen non-identifié Sonde urinaire

N.B. Toujours inscrire tout commentaire pertinent à l'analyse dans le « Commentaire de Micro » (exemple : allergie aux antibiotiques, traitement aux antibiotiques, renseignement clinique).

\*Une série de bouteille correspond à une bouteille Aérobie et une bouteille Anaérobie

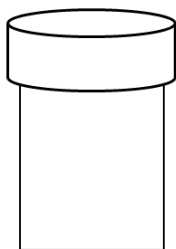
**Dernière révision le :**

Fichier : MIC-AM-008 Enregistrement des analyses de microbiologie

Préparé par : Steve Bellehumeur	Vérifié par : Nathalie Jones	Approuvé par : 	Date d'entrée en vigueur : 2018-05-16	Page 10 de 10
------------------------------------	---------------------------------	--	--	------------------

## INSTRUCTION POUR EFFECTUER LE PRÉLÈVEMENT POUR UNE EXPECTORATION OU RECHERCHE DE BK

(CONTENANT STÉRILE)



### Matériel pour effectuer votre prélèvement :

- ✓ 1 contenant stérile identifié à votre nom ;
- ✓ 1 sac de plastique avec deux pochettes.

### Objectif

Identifier si des pathogènes se retrouvent dans vos expectorations.

### Avant de commencer

Préconiser un prélèvement fait le **matin à jeun**.

Laver vos mains.



### Procédure du prélèvement

#### Étape 1 : Rinçage

Rincer la bouche avec de l'eau afin d'éliminer les sécrétions naso-pharyngiennes.

#### Étape 2 : Prélèvement

Prendre 3 à 4 respirations profondes et cracher **directement** dans le contenant stérile.

\*\*\* Le prélèvement doit provenir des bronches ou des poumons. Un prélèvement salivaire est inadéquat et sera rejeté.\*\*\*

### Inscrire la date et l'heure

Inscrire la date et l'heure sur le ou les contenants après le prélèvement.

### Identification de votre échantillon

Assurez-vous que votre contenant soit identifié :

- Nom et prénom complet
- RAMQ (ou dossier du HPLG)

\*\*\* 1 seul échantillon par jour \*\*\*

### Conservation de votre échantillon

Conserver le contenant au réfrigérateur.



### Rapporter votre échantillon

- Vous avez un **maximum de 24 heures** après de prélèvement.
- Mettre le contenant d'expectoration dans le sac dans la partie fermé.
- Rapporter l'échantillon à l'endroit où vous avez obtenu votre trousse. Du lundi au vendredi :
  - Centre des prélèvements dans les CLSC entre 6H30 et 14H00;
  - CHPLG (réception du laboratoire, 2<sup>ème</sup> étage, bloc C) entre 8H00 et 15H45.
- Apporter avec vous : votre **échantillon** et votre **carte d'assurance maladie**.
- Si l'échantillon ne répond pas aux exigences, le spécimen sera à reprendre.



**INSTRUCTION POUR EFFECTUER LE  
PRÉLÈVEMENT POUR UNE  
RECHERCHE D'OXYURE  
« SCOTCH TAPE TEST »**

(SPATULE ET TUBE)



**Matériel pour faire votre prélèvement,  
vous devez avoir :**

- ✓ 1 tube et spatule ;
- ✓ 1 étiquette avec votre identification ;
- ✓ 1 sac de plastique avec deux pochettes;

**Objectif**

Identifier la présence d'oxyure au niveau  
périanale.

**Avant de commencer**

Le prélèvement doit être fait le matin, à la  
**noirceur**. (Sans ouvrir aucune lumière dans la  
pièce)

Laver vos mains.



**Procédure du prélèvement**

**Étape 1 : Ouverture du tube**

Tenir la spatule par le capuchon et la retirer  
du tube.

**Étape 2 : Prélèvement**

Séparer les fesses et presser la surface collante  
de la spatule en plusieurs endroits de la région  
péri anale.

Remettre la spatule dans le tube pour le  
transport.

**Inscrire la date et l'heure**

Inscrire la date et l'heure sur le ou les  
contenants après le prélèvement.

**Identification de votre échantillon**

Assurez-vous que votre contenant soit  
identifié :

- Nom et prénom complet
- RAMQ (ou dossier du HPLG)

**Conservation de votre échantillon**

Conserver le contenant au  
réfrigérateur.



**Rapporter votre échantillon**

- Vous avez un **maximum de 24 heures**  
après de prélèvement.

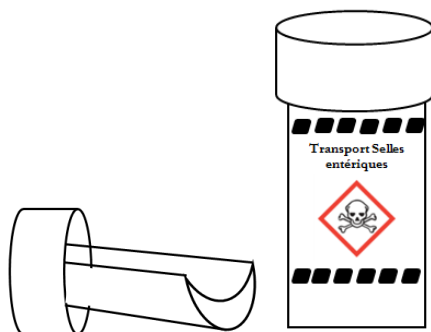
- Mettre tube dans le sac dans la  
partie fermée.



- Rapporter l'échantillon à l'endroit où  
vous avez obtenu votre trousse. Du lundi  
au vendredi :
  - Centre des prélèvements dans les  
CLSC entre 6H30 et 14H00;
  - CHPLG (réception du laboratoire,  
2<sup>ème</sup> étage, bloc C) entre 8H00 et  
15H45.
- Apporter avec vous : votre **échantillon**  
et votre **carte d'assurance maladie**.
- Si l'échantillon ne répond pas aux  
exigences, le spécimen sera à reprendre.

## INSTRUCTION POUR EFFECTUER LE PRÉLÈVEMENT POUR UNE CULTURE DE SELLE

(CONTENANT « TRANSPORT SELLES ENTÉRIQUES »)



### Matériel pour effectuer votre prélèvement :

- ✓ 1 contenant propre ;
- ✓ 1 contenant «Transport selles entériques» identifié à votre nom ;
- ✓ 1 sac de plastique avec deux pochettes.

**Attention :** Votre contenant contient un liquide poison. Ne pas boire et ne pas jeter.

### Objectif

Identifier si des bactéries pathogènes se retrouvent dans vos selles.

### Avant de commencer

Évitez de prendre du laxatif, des anti- diarrhéiques et des antiacides avant le prélèvement des selles.

Toutefois avant de modifier toutes prescriptions médicamenteuses, vous devez en discuter avec votre médecin.

Laver vos mains.



### Procédure du prélèvement

**Étape 1 : Recueillir** les selles dans un contenant propre et sec.

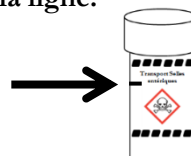


Éviter que les selles ne viennent en contact avec l'urine ou l'eau du cabinet de toilette. Si l'enfant est aux couches, prélever directement de la couche.

### **Étape 2 : Prélèvement**

Avec la cuillère à l'intérieur du contenant cylindrique, transférer de quantité dans le contenant « Transport selles entériques »

**\*\*\*Mettre assez de selles dans le contenant pour que le liquide arrive à la ligne.**



### Inscrire la date et l'heure

Inscrire la date et l'heure sur le ou les contenants après le prélèvement.

### Identification de votre échantillon

Assurez-vous que votre contenant soit identifié :

- Nom et prénom complet
- RAMQ (ou dossier du HPLG)

**\*\*\* 1 seul échantillon par jour \*\*\***

Si vous avez d'autres prélèvements de selles à faire pour d'autre test, vous pouvez prendre le même échantillon.

(Exemple : Recherche de parasites ou Clostridium)

### Conservation de votre échantillon

Conserver le contenant au réfrigérateur.



### Rapporter votre échantillon

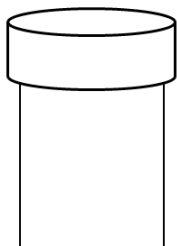
- Vous avez un **maximum de 48 heures** après de prélèvement.
- Mettre le contenant de selles dans le sac fermé.



- Rapporter l'échantillon à l'endroit où vous avez obtenu votre trousse. Du lundi au vendredi :
  - Centre des prélèvements dans les CLSC entre 6H30 et 14H00;
  - CHPLG (réception du laboratoire, 2<sup>ème</sup> étage, bloc C) entre 8H00 et 15H45.
- Apporter avec vous : votre **échantillon** et votre **carte d'assurance maladie**.
- **Si l'échantillon ne répond pas aux exigences, le spécimen sera à reprendre.**

## INSTRUCTION POUR EFFECTUER LE PRÉLÈVEMENT POUR UNE RECHERCHE DE CLOSTRIDIUM DIFFICILE DANS LES SELLES

(CONTENANT STÉRILE)



### Matériel pour effectuer votre prélèvement :

- ✓ 1 contenant propre ;
- ✓ 1 contenant stérile identifié à votre nom ;
- ✓ 1 sac de plastique avec deux pochettes;
- ✓ 1 cuillère de plastique ou abaisse langue.

### Objectif

Identifier si le *Clostridium difficile* se retrouve dans vos selles.

### Avant de commencer

Évitez de prendre du laxatif, des anti-diarrhéiques et des antiacides avant le prélèvement des selles.

*Toutefois avant de modifier toutes prescriptions médicamenteuses, vous devez en discuter avec votre médecin.*

Laver vos mains.



### Procédure du prélèvement

**Étape 1 : Recueillir** les selles dans un contenant propre et sec.



Éviter que les selles ne viennent en contact avec l'urine ou l'eau du cabinet de toilette. Si l'enfant est aux couches, prélever directement de la couche.

### **Étape 2 : Prélèvement**

Transférer de quantité d'une cuillère à soupe dans le contenant stérile.

**N.B. Les selles doivent être molles ou liquides pour que l'analyse soit effectuée au laboratoire.**

### Inscrire la date et l'heure

Inscrire la date et l'heure sur le ou les contenants après le prélèvement.

### Identification de votre échantillon

Assurez-vous que votre contenant soit identifié :

- Nom et prénom complet
- RAMQ (ou dossier du HPLG)

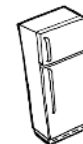
**\*\*\* 1 seul échantillon par 72 heures \*\*\***

Si vous avez d'autres prélèvements de selles à faire pour d'autre test, vous pouvez prendre le même échantillon.

(Exemple : Culture de selles ou recherche de parasites dans les selles.

### Conservation de votre échantillon

Conserver le contenant au réfrigérateur.



### Rapporter votre échantillon

– Vous avez **maximum 24 heures** après le prélèvement.

– Mettre le contenant de selle dans le sac dans la partie fermée.



– Rapporter l'échantillon à l'endroit où vous avez obtenu votre trousse. Du lundi au vendredi :

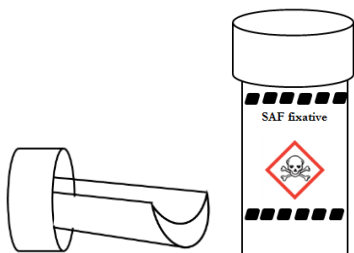
- Centre des prélèvements dans les CLSC entre 6H30 et 14H00;
- CHPLG (réception du laboratoire, 2<sup>ième</sup> étage, bloc C) entre 8H00 et 15H45.

– Apporter avec vous : votre **échantillon** et votre **carte d'assurance maladie**.

– **Si l'échantillon ne répond pas aux exigences, le spécimen sera à reprendre.**

## INSTRUCTION POUR EFFECTUER LE PRÉLÈVEMENT POUR UNE RECHERCHE DE PARASITES DANS LES SELLES

(CONTENANT « SAF FIXATIVE »)



### Matériel pour effectuer votre prélèvement :

- ✓ 1 contenant propre ;
- ✓ 1 contenant «SAF Fixative» identifié à votre nom ;
- ✓ 1 sac de plastique avec deux pochettes;
- ✓ Questionnaire PAR-FOR-001

**Attention :** Votre contenant contient un liquide toxique et poison. Ne pas boire et ne pas jeter.

### Objectif

Identifier si des parasites se retrouvent dans vos selles.

### Avant de commencer

Évitez de prendre du laxatif, des anti-diarrhéiques et des antiacides avant le prélèvement des selles. Toutefois avant de modifier toutes prescriptions médicamenteuses, vous devez en discuter avec votre médecin.

Laver vos mains.



### Procédure du prélèvement

**Étape 1 : Recueillir** les selles dans un contenant propre et sec.



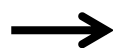
Éviter que les selles ne viennent en contact avec l'urine ou l'eau du cabinet de toilette. Si l'enfant est aux couches, prélever directement de la couche.

### **Étape 2 : Prélèvement**

Avec la cuillère à l'intérieur du contenant cylindrique, transférer une quantité dans le contenant « SAF fixative »

**\*\*Mettre assez de selles dans le contenant pour que le liquide arrive à la ligne.**

**\*\*Inverser et bien mélanger les selles avec le liquide pour une consistance homogène.**



### Inscrire la date et l'heure

Inscrire la date et l'heure sur le ou les contenants après le prélèvement.

### Identification de votre échantillon

Assurez-vous que votre contenant soit identifié :

- Nom et prénom complet
  - RAMQ (ou dossier du HPLG)
- \*\*\* 1 seul échantillon par jour \*\*\***


Si vous avez d'autres prélèvements de selles à faire pour d'autre test, vous pouvez prendre le même échantillon. (Exemple : Culture de selles ou recherche de Clostridium)

### Conservation de votre échantillon

Conserver le contenant au réfrigérateur.



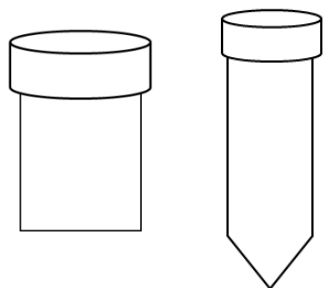
### Rapporter votre échantillon

- Vous avez **maximum 48 heures** après le prélèvement.
  - Mettre le contenant « SAF fixative » dans le sac dans la partie fermée.
- 
- Rapporter l'échantillon à l'endroit où vous avez obtenu votre trousse. Du lundi au vendredi :
    - o Centre des prélèvements dans les CLSC entre 6H30 et 14H00;
    - o CHPLG (réception du laboratoire, 2<sup>ème</sup> étage, bloc C) entre 8H00 et 15H45.
  - Apporter avec vous : votre **échantillon**, votre **carte d'assurance maladie** ainsi que le **questionnaire (PAR-FOR-001) complété**.
  - Si l'échantillon ne répond pas aux exigences, le spécimen sera à reprendre.



## INSTRUCTION POUR EFFECTUER LE PRÉLÈVEMENT POUR UNE ANALYSE ET CULTURE D'URINE

(CONTENANT STÉRILE ET TUBE CONIQUE)



### Matériel pour effectuer votre prélèvement :

- ✓ 1 contenant stérile identifié à votre nom ;
- ✓ 1 sac de plastique avec deux pochettes;
- ✓ Eau et savon ou *serviette antiseptique (si urine effectuée au CLSC)*.

### Objectif

Identifier si des bactéries pathogènes se retrouvent dans votre urine.

### Avant de commencer

- Préconiser la première urine du matin.
- Se laver les mains.



### Procédure du prélèvement

#### Étape 1 : Désinfection la zone urinaire.

Chez la femme : Tout en maintenant les grandes lèvres écartées, nettoyer minutieusement la vulve avec de l'eau et du savon ou une serviette antiseptique, puis essuyez.

Chez l'homme : Rétracter le prépuce du gland et nettoyer minutieusement avec de l'eau et du savon et une serviette antiseptique, puis essuyez.

#### Étape 2 : Collecter l'échantillon d'urine (mi-jet).

- 2.1 Uriner un peu dans la toilette
- 2.2 Recueillir de l'urine **directement** dans le contenant stérile et
- 2.3 Terminer d'uriner dans la toilette.

Particularité pour la femme : Uriner tout en maintenant les grandes lèvres écartées.

Particularité pour l'homme : Uriner tout en maintenant le prépuce du gland rétracté.

#### Étape 3 : Transvider l'urine

Transvider un échantillon de l'urine contenu dans le contenant stérile dans le tube conique (jusqu'à la ligne 11 mL =  $\frac{3}{4}$  du tube). Bien fermer le tube.

### Inscrire la date et l'heure

Inscrire la date et l'heure sur le ou les contenants après le prélèvement.

### Identification de votre échantillon

Assurez-vous que votre contenant soit identifié :

- Nom et prénom complet
- RAMQ (ou dossier du HPLG)

### Conservation de votre échantillon

Conserver l'échantillon au **réfrigérateur**.



### Rapporter votre échantillon

- Vous avez **maximum 4 heures** après le prélèvement.

**\*\*\*Seulement la culture sera effectuée après ce délai.**

- Mettre le contenant l'urine dans le sac dans la partie fermée.



- Rapporter l'échantillon à l'endroit où vous avez obtenu votre trousse. Du lundi au vendredi :
  - Centre des prélèvements dans les CLSC entre 6h30 et 14H00;
  - CHPLG (réception du laboratoire, 2<sup>ème</sup> étage, bloc C) entre 8H00 et 15H45.
- Apporter avec vous : votre **échantillon** et votre **carte d'assurance maladie**.
- **Si l'échantillon ne répond pas aux exigences, le spécimen sera à reprendre.**



## INSTRUCTION POUR EFFECTUER LE PRÉLÈVEMENT POUR UNE RECHERCHE DE *CHLAMYDIA* *TRACHOMATIS/NEISSERIA* *GONORRHOEAE* PAR PCR DANS LES URINES



### Matériel pour effectuer votre prélèvement :

- ✓ Contenant propre
- ✓ Tube conique 15 mL à **bouchon rouge**;
- ✓ 1 sac de plastique avec deux pochettes.

### Objectif

Permettre d'établir le diagnostic des infections génitales à *Chlamydia trachomatis* et *Neisseria gonorrhoeae*.

### Avant de commencer

- Préconiser la première urine du matin ou ne pas avoir uriné dans l'heure qui précède le prélèvement de l'échantillon.

- Lavez vos mains.



### Procédure du prélèvement

**Étape 1 :** Recueillir l'échantillon dans un contenant propre.

**Étape 2 :** Recueillir les premiers 15 à 60 mL d'urine (du premier jet d'urine et non des suivants) dans le contenant propre.

**Étape 3 :** Transférer l'urine dans le tube conique à bouchon rouge. Bien fermer le tube.

### Inscrire la date et l'heure

Inscrire la date et l'heure sur le tube conique à bouchon rouge après le prélèvement.

### Identification de votre échantillon

Assurez-vous que votre tube conique à bouchon rouge soit identifié :

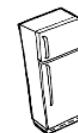
- Nom et prénom complet
- RAMQ (ou dossier du HPLG)

### Gérer vos déchets

Jeter le pot d'urine après avoir transféré l'urine dans le tube conique à bouchon rouge.

### Conservation de votre échantillon

Conserver l'urine au réfrigérateur.



### Rapporter votre échantillon

- Vous avez un maximum de **24 heures** suivant le prélèvement si conservé entre 2 et 8°C.

- Mettre le contenant dans le sac dans la partie qui se ferme.



- Rapporter l'échantillon à l'endroit où vous avez obtenu votre trousse. Du lundi au vendredi :
  - Centre des prélèvements dans les CLSC entre 7H00 et 10H30;
  - CHPLG (réception du laboratoire, 2<sup>ème</sup> étage, bloc C) entre 8H00 et 15H45.
- Apporter votre **échantillon** et votre **carte d'assurance maladie**.
- **Le laboratoire peut refuser tout prélèvement non conforme aux instructions énumérées ci-haut.**

## INSTRUCTION POUR EFFECTUER LE PRÉLÈVEMENT POUR UNE RECHERCHE DE ERV



### Matériel pour effectuer votre prélèvement :

- ✓ Écouvillon dans un milieu de transport (Amies ou Stuart)
- ✓ 1 sac de plastique avec deux pochettes.

### Objectif

Dépister la bactérie entérocoque résistant à la vancomycine (ERV) dans les selles.

### Avant de commencer

- Se laver les mains.



### Procédure du prélèvement sur écouvillon

**Étape 1 :** Sortir l'écouvillon et le milieu de transport (tube) de son emballage.

**Étape 2 :** Insérer l'écouvillon de 3 à 5 centimètres à l'intérieur du canal anal. Les selles doivent être visibles sur l'écouvillon.

**Étape 3 :** Mettre l'écouvillon dans le milieu de transport (tube).

### Inscrire la date et l'heure

Inscrire la date et l'heure sur le milieu de transport après le prélèvement.

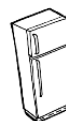
### Identification de votre échantillon

Assurez-vous que votre milieu de transport soit identifié :

- Nom et prénom complet
- RAMQ (ou dossier du HPLG)

### Conservation de votre échantillon

Conserver l'échantillon au réfrigérateur.



### Rapporter votre échantillon

- Vous avez un maximum de **24 heures** après le prélèvement si conservé entre 2 et 8°C.

- Mettre le milieu de transport dans le sac dans la partie qui se ferme.



- Rapporter l'échantillon à l'endroit où vous avez obtenu votre trousse. Du lundi au vendredi :
  - Centre des prélèvements dans les CLSC entre 6H30 et 14H00;
  - CHPLG (réception du laboratoire, 2<sup>ème</sup> étage, bloc C) entre 8H00 et 15H45.
- Apporter votre **échantillon** et votre **carte d'assurance maladie**.
- **Le laboratoire peut refuser tout prélèvement non conforme aux instructions énumérées ci-haut.**

## INSTRUCTION POUR EFFECTUER LE PRÉLÈVEMENT POUR UNE RECHERCHE DE SARO



### Matériel pour effectuer votre prélèvement :

- ✓ Écouvillon dans un milieu de transport (Amies ou Stuart) ;
- ✓ 1 sac de plastique avec deux pochettes.

### Objectif

Dépister la bactérie *Staphylococcus aureus* résistant à l'oxacilline (SARO) dans les sécrétions nasales.

### Avant de commencer

Lavez vos mains.



### Procédure du prélèvement

**Étape 1 :** Sortir l'écouvillon et le milieu de transport (tube) de son emballage.

**Étape 2 :** Insérer délicatement l'écouvillon dans la narine et effectuer un mouvement de rotation ainsi qu'une légère pression dans les parois de la narine.

**Étape 3 :** Mettre l'écouvillon dans le milieu de transport (tube).

### Inscrire la date et l'heure

Inscrire la date et l'heure sur le milieu de transport après le prélèvement.

### Identification de votre échantillon

Assurez-vous que votre milieu de transport soit identifié:

- Nom et prénom complet
- RAMQ (ou dossier du HPLG)

### Conservation de votre échantillon

Conserver l'échantillon au réfrigérateur.



### Rapporter votre échantillon

- Vous avez un maximum de **24 heures** après le prélèvement si conservé entre 2 et 8°C.
- Mettre le milieu de transport dans le sac dans la partie qui se ferme.



- Rapporter l'échantillon à l'endroit où vous avez obtenu votre trousse. Du lundi au vendredi :
  - o Centre des prélèvements dans les CLSC entre 6H30 et 14H00;
  - o CHPLG (réception du laboratoire, 2<sup>ème</sup> étage, bloc C) entre 8H00 et 15H45.
- Apporter votre **échantillon** et votre **carte d'assurance maladie**.
- **Le laboratoire peut refuser tout prélèvement non conforme aux instructions énumérées ci-haut.**

## INSTRUCTION POUR EFFECTUER LE PRÉLÈVEMENT POUR UNE RECHERCHE DE *CHLAMYDIA* , *GONORRHÉE ET TRICHOMONAS* PAR PCR

### DANS LES URINES



#### Matériel pour effectuer votre prélèvement :

- ✓ Godet à urine
- ✓ 1 sac de plastique Biohazard
- ✓ Trousse de prélèvement BDMAX UVE

#### Objectif

Permettre d'établir le diagnostic des infections génitales à *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae* et *Trichomonas vaginalis*

#### Avant de commencer

- Préconiser la première urine du matin ou ne pas avoir uriné dans l'heure qui précède le prélèvement de l'échantillon.
- Lavez vos mains.



#### Procédure du prélèvement

**Étape 1 :** Recueillir l'échantillon dans le godet à urine

**Étape 2 :** Recueillir les premiers 20 à 60 mL d'urine (du premier jet d'urine et non des suivants) dans le godet à urine. Retirer le bouchon du tube de transport.

**Étape 3 :** Utiliser la pipette fournie dans la trousse et transférer **1 ml** d'urine dans le tube de transport. **Attention :** utiliser la graduation sur la pipette. Bien visser le tube.

**Étape 4 :** Inverser le tube 3 à 4 fois pour s'assurer qu'il est bien mélangé.

#### Identification de votre échantillon

Assurez-vous que votre tube de transport soit identifié :

- Nom et prénom complet
- RAMQ (ou dossier du HPLG)
- Date et heure du prélèvement

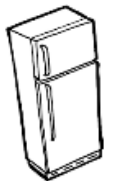
**Attention :** ne pas masquer le code à barre du tube

#### Gérer vos déchets

Jeter le pot d'urine après avoir transférer l'urine dans le tube de transport.

#### Conservation de votre échantillon

Conserver l'urine au réfrigérateur.



#### Rapporter votre échantillon

- Vous avez un maximum de **24 heures** pour acheminer votre prélèvement si conservé entre 2 et 8°C.

- Mettre le contenant dans le sac dans la partie qui se ferme.



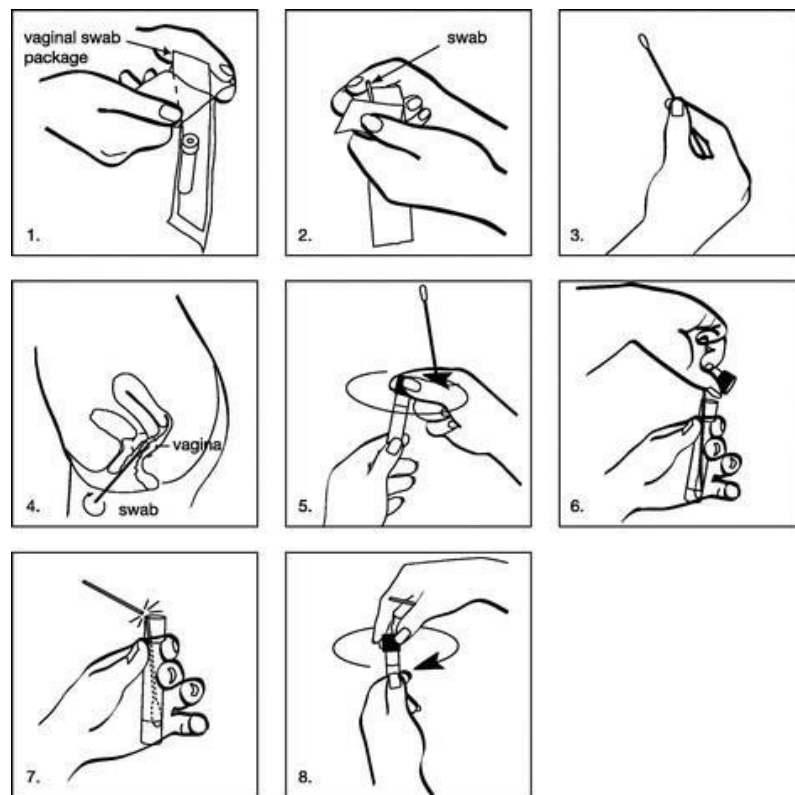
- Rapporter l'échantillon à l'endroit où vous avez obtenu votre trousse. Du lundi au vendredi :
  - Centre des prélèvements dans les CLSC entre 6H30 et 14H00;
  - CHPLG (réception du laboratoire, 2<sup>ème</sup> étage, bloc C) entre 8H00 et 15H45.

- Apporter votre **échantillon** et votre **carte d'assurance maladie**.

- **Le laboratoire peut refuser tout prélèvement non conforme aux instructions énumérées ci-haut.**

# INSTRUCTION POUR EFFECTUER LE PRÉLÈVEMENT POUR UNE RECHERCHE DE *CHLAMYDIA*, *GONORRHÉE* ET *TRICHOMONAS* PAR PCR

## TECHNIQUE D'AUTO- PRÉLÈVEMENT VAGINAL



### Matériel pour effectuer votre prélèvement :

- ✓ 1 sac de plastique Biohazard
- ✓ Trousse de prélèvement BDMAX UVE

### Objectif

Permettre d'établir le diagnostic des infections génitales à *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae* et *Trichomonas vaginalis*

### Avant de commencer

- Lavez vos mains.
- Il est important de maintenir une position confortable durant la technique



### Procédure du prélèvement

**Étape 1 :** Ouvrir l'emballage, retirer l'écouvillon de la tige (Swab) en prenant soin de ne pas contaminer le bout.

**Étape 2 :** Saisir l'écouvillon entre le pouce et l'index.

**Étape 3 :** Écarter les lèvres avec les doigts d'une main et insérer l'écouvillon jusqu'à ce que les doigts entrent en contact avec la vulve (environ 5 cm), puis faire tourner l'écouvillon lentement en le frottant contre la paroi vaginale durant 10-15 sec.

**Étape 4 :** Retirer l'écouvillon du vagin en évitant de toucher la peau.

**Étape 5 :** Déposer l'écouvillon dans le tube de transport (UVE sample buffer) en l'appuyant jusqu'au fond. Casser l'extrémité de la tige et revisser solidement le capuchon sur le tube.

### Identification de votre échantillon

Assurez-vous que votre tube de transport soit identifié :

- Nom et prénom complet
- RAMQ (ou dossier du HPLG)
- Date et heure du prélèvement

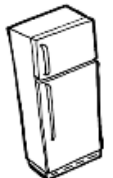
**Attention :** ne pas masquer le code à barre du tube

### Gérer vos déchets

Conserver le tube de transport (UVE sample buffer) avec l'écouvillon cassé à l'intérieur, et jeter le reste du kit

### Conservation de votre échantillon

Conserver le spécimen au réfrigérateur.



### Rapporter votre échantillon

– Vous avez un maximum de **24 heures** pour acheminer votre prélèvement si conservé entre 2 et 8°C.

– Mettre le contenant dans le sac dans la partie qui se ferme.



- Rapporter l'échantillon à l'endroit où vous avez obtenu votre trousse. Du lundi au vendredi :
  - Centre des prélèvements dans les CLSC entre 6H30 et 14H00;
  - CHPLG (réception du laboratoire, 2<sup>ième</sup> étage, bloc C) entre 8H00 et 15H45.

– Apporter votre **échantillon** et votre **carte d'assurance maladie**.

– **Le laboratoire peut refuser tout prélèvement non conforme aux instructions énumérées ci-haut.**

## INSTRUCTION POUR EFFECTUER LE PRÉLÈVEMENT POUR UNE RECHERCHE DE *CHLAMYDIA ET* *GONORRHÉE* PAR PCR DANS LES URINES

### Matériel pour effectuer votre prélèvement :

- ✓ Godet à urine
- ✓ 1 sac de plastique Biohazard
- ✓ Trousse de prélèvement Cobas PCR Urine Sample Kit

### Objectif

Permettre d'établir le diagnostic des infections génitales à *Chlamydia trachomatis*/*Neisseria gonorrhoeae*

### Avant de commencer

- ✓ Avant la collecte de l'échantillon, les patients ne doivent pas avoir uriné depuis au moins une heure et la patiente ne doit pas nettoyer la région labiale.
- ✓ Lavez vos mains.



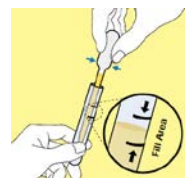
### Procédure du prélèvement



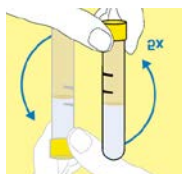
**Étape 1 :** Fournir le premier jet d'urine (10 à 50 mL) dans un flacon de collecte d'urine.

**Étape 2 :** Retirer le bouchon du tube de transport.

**Étape 3 :** Utiliser la pipette fournie dans la trousse et transférer l'urine. (Le volume correct a été ajouté lorsque le niveau de liquide se situe entre les deux lignes noires sur l'étiquette du tube. Bien visser le tube.



**Étape 4 :** Inverser le tube 5 fois pour s'assurer qu'il est bien mélangé.



### Identification de votre échantillon

Assurez-vous que votre tube de transport soit identifié :

- Nom et prénom complet
- RAMQ (ou dossier du HPLG)
- Date et heure du prélèvement

### Gérer vos déchets

Jeter le pot d'urine après avoir transféré l'urine dans le tube de transport.

### Conservation de votre échantillon

Conserver l'urine entre 2°C et 30°C (donc réfrigéré ou température pièce)

### Rapporter votre échantillon

- Vous avez un maximum de **24 heures** pour acheminer votre prélèvement
- Mettre le contenant dans le sac dans la partie qui se ferme.



- Rapporter l'échantillon à l'endroit où vous avez obtenu votre trousse. Du lundi au vendredi :
  - Centre des prélèvements dans les CLSC entre 6H30 et 14H00;
  - CHPLG (réception du laboratoire, 2<sup>ème</sup> étage, bloc C) entre 8H00 et 15H45.
- Apporter votre **échantillon** et votre **carte d'assurance maladie**.
- **Le laboratoire peut refuser tout prélèvement non conforme aux instructions énumérées ci-haut.**



## INSTRUCTION POUR EFFECTUER LE PRÉLÈVEMENT POUR UNE RECHERCHE DE *CHLAMYDIA ET* *GONORRHÉE* PAR PCR TECHNIQUE D'AUTO-PRÉLÈVEMENT VAGINAL

### Matériel pour effectuer votre prélèvement :

- ✓ 1 sac de plastique Biohazard
- ✓ Trousse de prélèvement Cobas® PCR Media Dual Swab Sample Kit

### Objectif

Permettre d'établir le diagnostic des infections génitales à *Chlamydia trachomatis*/*Neisseria gonorrhoeae*

### Avant de commencer



Lavez vos mains.

Retirer le tube de prélèvement ainsi qu'un seul écouvillon de la trousse de prélèvement

\*Veuillez ne pas utiliser l'écouvillon floqué. **Ne pas tremper** l'écouvillon dans le milieu cobas® PCR ou autre liquide avant d'exécuter le prélèvement



### Procédure du prélèvement

1. POSITIONNER : Tenir l'écouvillon tissé d'une main et, de l'autre main, séparer les plis de peau autour de l'ouverture

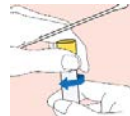


du vagin (lèvres). Ne pas toucher ou déposer l'embout de l'écouvillon sur une surface. Sinon, utiliser le second écouvillon fourni.

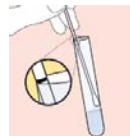
2. PRÉLEVER : Insérer l'écouvillon tissé dans l'ouverture vaginale à une profondeur d'environ 5 cm (2 po). Faire tourner doucement l'écouvillon environ 30 secondes tout en le frottant contre les parois vaginales. Retirer délicatement l'écouvillon. S'assurer que l'écouvillon ne touche aucune surface avant de le placer dans le tube de collecte.



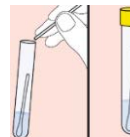
3. OUVRIR : Retirer le bouchon du tube à l'aide de la main tenant déjà l'écouvillon tissé, tel qu'indiqué sur l'illustration ci-contre.



4. ALIGNER : Insérer l'écouvillon tissé dans le tube jusqu'à ce que la ligne noire visible sur la tige soit alignée avec le rebord du tube. L'extrémité de l'écouvillon devrait se situer juste au-dessus de la surface du liquide dans le tube.



5. ROMPRE : Incliner avec précaution l'écouvillon tissé contre le rebord du tube et rompre la tige au niveau de la ligne noire. Jeter la partie supérieure de l'écouvillon.



6. FERMER : Refermer le tube en serrant bien le bouchon. Retourner l'échantillon à votre professionnel de la santé tel qu'indiqué.

### Identification de votre échantillon

Assurez-vous que votre tube de transport soit identifié :

- Nom et prénom complet
- RAMQ (ou dossier du HPLG)
- Date et heure du prélèvement

### Gérer vos déchets

Vous utilisez le cobas® PCR Media Dual Swab Sample Kit, jetez le deuxième écouvillon (écouvillon floqué) non utilisé.

### Conservation de votre échantillon

Conserver le spécimen à une T° comprise entre 2°C et 30°C (donc réfrigéré ou température pièce)

### Rapporter votre échantillon

- Vous avez un maximum de **24 heures** pour acheminer votre prélèvement
- Mettre le contenant dans le sac dans la partie qui se ferme.
  - Rapporter l'échantillon à l'endroit où vous avez obtenu votre trousse. Du lundi au vendredi :
    - o Centre des prélèvements dans les CLSC entre 6H30 et 14H00;
    - o CHPLG (réception du laboratoire, 2<sup>ème</sup> étage, bloc C) entre 8H00 et 15H45.
- Apporter votre **échantillon** et votre **carte d'assurance maladie**.
- **Le laboratoire peut refuser tout prélèvement non conforme aux instructions énumérées ci-haut.**

ANNEXE 2- RÉSULTATS À VALEURS CRITIQUES DU MSSS

LISTE DES VALEURS CRITIQUES ADULTE - BIOCHIMIE

Secteur biochimie adulte	Analyse	Unités	Limite inférieure (<)	Limite supérieure (>)
Routine	Calcium total	mmol/L	1,6	3,25
Routine	Glucose	mmol/L	2,5	25
Routine	Magnésium	mmol/L	0,4	2,0
Routine	Phosphore	mmol/L	0,30	
Routine	Potassium	mmol/L	2,5	6,5
Routine	Sodium	mmol/L	120	160
Médicaments	Acétaminophène	µmol/L		1000
Médicaments	Acide valproïque	µmol/L		1400
Médicaments	Carbamazépine	µmol/L		85
Médicaments	Digoxin	ηmol/L		2,6
Médicaments	Lithium	mmol/L		2,0
Médicaments	Phénobarbital	µmol/L		260
Médicaments	Phénytoïne	µmol/L		110
Médicaments	Salicylates	mmol/L		2,2
Médicaments	Théophylline	µmol/L		110-140
Gaz sanguins	Calcium ionisé	mmol/L	0,75	1,75
Gaz sanguins	Carboxyhémoglobine	%		18 ans et plus >=10%
Gaz sanguins	HCO3 (artériel, capillaire, veineux)	mmol/L	10	40
Gaz sanguins	Lactate	mmol/L		4,0
Gaz sanguins	PCO2 (artériel, capillaire, veineux)	mm Hg	20	70
Gaz sanguins	pH (artériel, capillaire, veineux)		7,20	7,60
Gaz sanguins	PO2 artérielle	mm Hg	40	



LISTE DES VALEURS CRITIQUES PÉDIATRIQUES – BIOCHIMIE

Secteur biochimie pédiatrique	Analyse	Âge	Unités	Limite inférieure (<)	Limite supérieure (>)
Routine	Ammoniac	18 ans			100
	Bilirubine totale	1 jour	µmol/L		160
	Bilirubine totale	1-2 jours	µmol/L		220
	Calcium total	18 ans	mmol/L	1,60	3,25
	Glucose	1-3 jours	mmol/L	2,0	15
	Glucose	> 3 jours	mmol/L	2,5	25
	Magnésium	18 ans	mmol/L	0,4	2,0
	Phosphore	18 ans	mmol/L	0,30	3,40
	Potassium	18 ans	mmol/L	2,8	6,5
	Sodium	18 ans	mmol/L	120	160
Médicaments	Acétaminophène	18 ans	µmol/L		650
	Acide valproïque	18 ans	µmol/L		1400
	Caféine	18 ans	µmol/L		200
	Carbamazépine	18 ans	µmol/L		85
	Digoxin	18 ans	ηmol/L		2,6
	Lithium	18 ans	mmol/L		2,0
	Phénobarbital	18 ans	µmol/L		260
	Phénytoïne	18 ans	µmol/L		110
	Salicylates	18 ans	mmol/L		2,2
	Théophylline	18 ans	µmol/L		110-140
Toxicologie	Acétone	18 ans	mmol/L		3,4
	Éthanol	0-13 ans	mmol/L		11
	Éthanol	14-17 ans	mmol/L		22
	Ethylène glycol	18 ans	mmol/L		Présence
	Isopropanol	18 ans	mmol/L		Présence
	Méthanol	18 ans	mmol/L		Présence
Gaz sanguins	Calcium ionisé		mmol/L	0,75	1,75
	Carboxyhémoglobine	≤ 1 mois	%		10
		> 1 mois 17 ans			3,5
	Bicarbonates HCO3- (artériel, capillaire, veineux)	17 ans	µmol/L	10	40
	Lactate		mmol/L		4,0
	PCO2 (artériel, capillaire, veineux)		mm Hg	20	70
	pH (artériel, capillaire, veineux)			7,20	7,60
	PO2 artérielle		mm Hg	40	

LISTE DES VALEURS CRITIQUES ADULTES – HÉMATOLOGIE

Analyse	Limite inférieure (<)	Limite supérieure (>)	Remarques
Hémoglobine	< 60 g/l	s/o	
Plaquettes	20 x 10 <sup>9</sup> /L	s/o	
Globules blancs/ Leucocytes	Selon neutros	>100 x 10 <sup>9</sup> /L sauf si lymphocytes	
Neutrophiles	< 0,5 x 10 <sup>9</sup> /L		
INR (Temps de Quick)/Prothrombine	n/d	> 5,0	
Fibrinogène	0,8 g/L	n/d	
Blastes / Frottis sanguins		> 3% (de novo)	Leucémie aiguë, microangiopathie ou toute autre anomalie aiguë diagnostiquée par l'hématologue lors de la révision du frottis chez un nouveau patient
Coombs Direct			Positif (Sur sang de cordon seulement).
Malaria	s/o	Recherche positive (frottis ou test de dépistage)	

LISTE DES VALEURS CRITIQUES PÉDIATRIQUES – HÉMATOLOGIE

Analyse	Âge	Unités	Limite inférieure (<)	Limite supérieure (>)	Remarques
Hémoglobine	< 1 jour	g/L	≤ 100	≥ 225	
	2-29 jours	g/L	≤ 85	≥ 200	
	≥ 30 jours	g/L	≤ 70	≥ 200	
Plaquettes	< 30 jours	x 10 <sup>9</sup> /L	≤ 50		
	≥ 30 jours	x 10 <sup>9</sup> /L	≤ 20		
Leucocytes	< 18 ans	x 10 <sup>9</sup> /L		≥ 50	
Neutrophiles	< 18 ans	x 10 <sup>9</sup> /L	≤ 0,5		
INR				≥ 5,0	
APTT sans héparine	< 18 ans			> 60	Pour la clientèle ayant comme diagnostic l'hémophilie, il n'y a pas de résultat critique. Les valeurs élevées d'APTT sont normales étant donné leur condition.
APTT avec héparine	< 18 ans	sec		> 100	
Fibrinogène	< 18 ans	sec	< 0,8		
Malaria	< 18 ans	g/L		Suspicion	

LISTE DES VALEURS CRITIQUES ADULTES – MICROBIOLOGIE

ANALYSES
Coloration de Gram : Présence de micro-organismes; S’applique uniquement aux hémocultures, LCR et Liquide biologique normalement stérile.
Discordance entre la coloration de Gram et la culture : S’applique uniquement aux hémocultures, LCR et Liquide biologique normalement stérile.
LCR : Culture positive ou Présence d’une bactérie par une méthode d’amplification génique.
Streptocoque du groupe :A Culture positive d’un site normalement stérile
Culture positive pour les micro-organismes suivants :  <i>Bacillus anthracis</i> <i>Burkholderia mallei ou pseudomallei</i> <i>Brucella sp</i> <i>Clostridium botulinum</i> <i>Francisella tularensis</i> <i>Vibrio cholerae</i> <i>Yersinia pestis</i> <i>Cryptococcus neoformans</i> <i>Blastomyces dermatitidis</i> <i>Coccidioides immitis</i> <i>Histoplasma capsulatum</i> <i>Paracoccidioides brasiliensis</i> <i>Cladophialophora bantiana</i>
<i>Cryptococcus neoformans</i> : Encre de Chine positive; Recherche d’antigène positive (patient non connu)

LISTE DES VALEURS CRITIQUES PÉDIATRIQUE – MICROBIOLOGIE

ANALYSES
Coloration de Gram : Présence de micro-organismes S’applique uniquement aux hémocultures, LCR et Liquide biologique normalement stérile.
Discordance entre la coloration de Gram et la culture : S’applique uniquement aux hémocultures, LCR et Liquide biologique normalement stérile.
LCR : Culture positive ou Présence d’une bactérie par une méthode d’amplification génique.
Streptocoque du groupe A : Culture positive d’un site normalement stérile.
Culture positive pour les micro-organismes suivants :  <i>Bacillus anthracis</i> <i>Burkholderia mallei</i> ou <i>pseudomallei</i> <i>Brucella</i> sp <i>Clostridium botulinium</i> <i>Francisella tularensis</i> <i>Vibrio cholerae</i> <i>Yersinia pestis</i> <i>Cryptococcus neoformans</i> <i>Blastomyces dermatitidis</i> <i>Coccidioides immitis</i> <i>Histoplasma capsulatum</i> <i>Paracoccidioides brasiliensis</i> <i>Cladophialophora bantiana</i>
PCR / Immunofluorescence : Herpes simplex (tout site, pour tout bébé de moins d’un mois) Pneumocystis jirovecii
<i>Cryptococcus neoformans</i> : Encre de Chine positive Recherche d’antigène positive (patient non connu)
<i>Plasmodium</i> spp. ( <i>malaria</i> ) ou autres parasites sanguins Coloration Giemsa positive (frottis ou goutte épaisse) Détection antigénique rapide positive
<i>Mycobacterium tuberculosis</i> Culture ou méthode d’amplification génique (premier échantillon positif)
VIH (patient non connu) Sérologie positive Charge virale ou ADN proviral positif

LISTE DES VALEURS CRITIQUES – ANATOMOPATHOLOGIE

EXEMPLES DE CAS AVEC CONSÉQUENCES CLINIQUES IMMÉDIATES
Tissu cérébral dans un curetage sinusal
Croissants dans >50 % des glomérules dans une biopsie rénale
Cellules mésothéliales dans une biopsie cardiaque
Rejet aigu dans le contexte de transplantation
Malignité impliquant un site anatomique critique (ex. : résultant en un syndrome de veine cave supérieure ou en une paralysie)

NOTE : *Tableau adapté du CAP et ADASP, Arch Pathol Lab Med. 2012;126:148-154. Curetage utérin sans villosités placentaires est transféré à la catégorie d’alerte (et non critique).*

LISTE DES VALEURS CRITIQUES – GÉNÉTIQUE MÉDICALE

GÉNÉTIQUE BIOCHIMIQUE

CONTEXTE	VALEURS
Chez un patient qui n’est pas connu comme ayant un diagnostic de maladie métabolique.	<p>Risque significatif de décès ou de complications sérieuses dû(s) à une maladie métabolique, requérant une intervention médicale rapide.</p> <p>Par exemple :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Présence de succinylacétone lors de l’analyse des acides organiques urinaires ou par méthode quantitative à un niveau diagnostique pour la tyrosinémie de type I;</li><li>• Ratio de glycine LCR : plasmatique augmenté, diagnostique pour hyperglycinémie non cétogène;</li><li>• Acides aminés ramifiés élevés avec évidence d’allo-isoleucine lors de l’analyse du profil des acides aminés plasmatiques et/ou céto-acides ramifiés urinaires lors de l’analyse des acides organiques urinaires, indicatifs de leucinose;</li><li>• Glutamine et alanine élevées avec citrulline élevée et arginine basse, indiquant soit une citrullinémie ou une acidurie argininosuccinique;</li></ul> <p>Activité enzymatique de la galactose-1-phosphate uridylyltransférase abaissée ou absente, indiquant une galactosémie classique.</p>

GÉNÉTIQUE MOLÉCULAIRE

CONTEXTE	VALEURS
Chez un patient avec cancer actif chez qui un traitement avec fluoropyrimidines (5-fluorouracil ou capecitabine) est envisagé	Génotype DPYD associé aux phénotypes de métaboliseurs intermédiaire ou faible

## FORMULAIRE DE DEMANDE

### MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS : Détection résistance rifampicine (TAAN) sur spécimen primaire

• Veuillez remplir ce formulaire et le transmettre au LSPQ en même temps que la requête

#### Échantillon soumis

N. de référence du spécimen :

Spécimen ☐Expectoration ☐Spécimen respiratoire inférieur (ex LBA)  
Décontaminé ☐Oui ☐Non  
Volume \_\_\_\_\_ ml

**BAAR positif**

☐Oui ☐Non  
☐1+  
☐2+  
☐3+  
☐4+

*Veuillez nous contacter, le test n'est offert que pour  
les échantillons positifs pour des BAAR*

**TAAN MTB positif**

☐Oui ☐Non

*Veuillez nous contacter, le test n'est offert que sur  
les échantillons positifs pour TAAN MTB*

**Culture initiée**

☐Oui ☐Non

**Culture antérieure  
positive après 6 mois**

☐Oui ☐Non

#### Facteurs de risque de tuberculose multirésistante

- ☐Antécédent d'échec thérapeutique  
☐Patient en échec de traitement en cours  
☐Patient en contact avec une TB-MR ou UR  
☐Provenance d'une zone à risque de TB-MR ou UR  
☐Autres informations pertinentes \_\_\_\_\_

#### Le clinicien ayant rempli ce formulaire

Nom : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_


**LBA** : Lavage broncho-alvéolaire

**BAAR** : Bacilles acido-alcool-résistants

**TB-MR** : Complexe M. tuberculosis multirésistant (résistant à rifampicine et à l'isoniazide)

**TB-UR** : Complexe M. tuberculosis ultrarésistant (TB-MR et résistant aux quinolones et un des trois agents injectables)



<div> <div> Centre de santé et de services sociaux du Sud de Lanaudière </div> <div>  </div> </div> <div> LABORATOIRE DE BIOLOGIE MÉDICALE </div>	PAT-INF-001
Caryotype (sang)	Version 001
	Statut : Approuvé

**Tube à prélever :** Tube à bouchon vert avec héparine de sodium.

**Requête :** Requête de pathologie (606305A) ou prescription du médecin.

### Instructions pour le prélèvement

- 1) Inscrire sur la requête ou la prescription les renseignements cliniques pertinents justifiant la demande d'analyse.
- 2) Inscrire sur la requête ou la prescription l'âge du patient.
- 3) Inscrire sur la requête ou la prescription s'il s'agit de sang de cordon.
- 4) Les prélèvements doivent être effectués **en avant-midi du lundi au vendredi inclusivement**.
- 5) Les prélèvements doivent être acheminés immédiatement au laboratoire de pathologie.
  - Les prélèvements effectués dans les centres de prélèvements (CLSC) doivent être réfrigérés et acheminés au laboratoire de pathologie le plus rapidement possible.
  - L'usage de glace ou de « ice pack » est autorisé si les tubes ne sont pas en contact direct avec l'agent réfrigérant.
- 6) Pour plus d'informations, consulter le document : PAT-INF-003 Procédures de base en pathologie.

### Notes importantes :

- Le laboratoire prend en charge les prélèvements effectués à des fins de diagnostic seulement (trisomies-maladies génétiques...). Les dépistages de paternité ne sont pas pris en charge par le laboratoire.
- À l'interne (à l'hôpital) les prélèvements se font à l'unité de soins désignée par le prescripteur.
- À l'externe, les patients sont dirigés vers les centres de prélèvements des CLSC Lamater ou Meilleur.

Fichier : PAT-INF-001 Instructions pour le prélèvement- Caryotype

Préparé par : Marc-André Côté	Vérfié par : Catherine Boutet	Approuvé par : Dr Badia-Issa Chergui	Date d'entrée en vigueur : 2010-10-05	Page 1 de 1
----------------------------------	----------------------------------	---	--	----------------

 <p>Centre de santé et de services sociaux du Sud de Lanaudière</p> <p><b>LABORATOIRE DE BIOLOGIE MÉDICALE</b></p>	<p><b>PAT-INF-003</b></p>
<p><b>PROCÉDURES DE BASE EN PATHOLOGIE</b></p>	<p>Version 001</p>
	<p>Statut : Approuvé</p>

1. **Requête**      Bleue pour les demandes d'analyse de routine.  
                          Rose pour les états frais, les congélations et les consultations.  
                          La requête doit contenir les renseignements suivants :

- Nom et prénom du patient ET un numéro unique (RAMQ ou dossier)
- Nom, prénom et numéro de pratique du médecin
- Provenance du prélèvement (unité de soins, clinique externe, bureau privé...)
- Date et heure du prélèvement
- Topographie du prélèvement (site de prélèvement)
- Renseignements cliniques pertinent

2. **Échantillon**    En plus d'être recouvert de formol tamponné 10% ou de Tissufix, l'échantillon doit présenter les renseignements suivants :

- Nom et prénom du patient ET un numéro unique (RAMQ ou dossier)
- Topographie du prélèvement (site de prélèvement) correspondant à celle inscrite sur la requête


### 3. Congélation ou consultation

- La requête et l'échantillon présentent les renseignements mentionnés ci-haut
- La requête et l'échantillon sont remis en mains propres à un technologiste du laboratoire de pathologie
- La requête présente un NUMÉRO DE TÉLÉPHONE afin de communiquer les résultats.
- L'évaluation de marge nécessite l'orientation pertinente du spécimen. Noter l'orientation du spécimen sur la requête.

### 4. Soirs et fin de semaine

- Les échantillons sans formol tamponné 10% ou Tissufix doivent être conservés au réfrigérateur (au bloc opératoire, à l'unité de

<b>Préparé par :</b> Marc-André Côté	<b>Vérifié par :</b> Catherine Boutet	<b>Approuvé par :</b> Dr Badia-Issa Chergui	<b>Date d'entrée en vigueur :</b> 2010-02-18	<b>Page</b> 1 de 2
---	--	--	--	-----------------------

 <p>Centre de santé et de services sociaux du Sud de Lanaudière</p> <p><b>LABORATOIRE DE BIOLOGIE MÉDICALE</b></p>	<b>PAT-INF-003</b>
<b>PROCÉDURES DE BASE EN PATHOLOGIE</b>	Version 001
	Statut : Approuvé

soins...) jusqu'au lundi où ils seront acheminés au laboratoire de pathologie.

- Les échantillons fixés au formol tamponné 10% ou au Tissufix sont acheminés directement au laboratoire de pathologie.
- Communiquer avec la pathologiste de garde pour les consultation/congélation ou pour les autopsies.

Fichier : PAT-INF-003 Procédures de base en pathologie.doc

<b>Préparé par :</b> Marc-André Côté	<b>Vérifié par :</b> Catherine Boutet	<b>Approuvé par :</b> Dr Badia-Issa Chergui	<b>Date d'entrée en vigueur :</b> 2010-02-18	<b>Page</b> 2 de 2
---	--	--	--	-----------------------

**Section Pathologie, Annexe**

<b>Nom de la PRA :</b> Prélèvement du test respiratoire à l'urée marquée au carbone 13 pour la détection d' <i>Helicobacter pylori</i>	<b>Identifiant :</b> 06-PREL-PRA-175973 <b>Version :</b> 01
<b>Autorité responsable :</b> Nadine Kadri, Médecin biochimiste	<b>Date d'entrée en vigueur :</b> 2021-09-21

## 1. HISTORIQUE DES MODIFICATIONS

Ce document a subi des modifications :

Page	Section et détails

## 2. OBJECTIFS

Le but de ce document est de décrire en détails la procédure de prélèvement à suivre lors d'une demande du test respiratoire à l'urée marquée au carbone 13 pour la détection d' *Helicobacter pylori*.

## 3. CONTEXTE

L'infection à *Helicobacter pylori* peut mener à divers problèmes de santé comme la gastrite, l'ulcère gastroduodénal et le lymphome du tissu lymphoïde associé aux muqueuses de l'estomac. La prévalence de l'infection à *H. pylori* au Canada est estimée à environ 30 % chez les adultes. Le test respiratoire à l'urée marquée au carbone 13 (<sup>13</sup>C) constitue un outil diagnostique non invasif, non radioactif de l'infection à *H. pylori*.

## 4. DOCUMENTATION EN LIEN

- 06-PREL-DOC-175966 Monographie – Trousse de prélèvement du test respiratoire à l'urée marquée au carbone 13 pour la détection d'*Helicobacter pylori* – Rad Diagnostic – FORPRQ0224.02;
- 06-PREL-DOC-175968 Fiche patient – Test respiratoire à l'urée;
- 06-PREL-DOC-175971 Fiche patient – Urea breath test;
- 06-PREL-DOC-118468 Patient présentant un malaise au centre de prélèvements;
- 06-SIL-DOC-107544 Consignation des prélèvements dans le SIL Cerner.

## 5. DÉFINITIONS / ABRÉVIATIONS

- *H. pylori* : *Helicobacter pylori*;
- Test respiratoire à l'urée : Test respiratoire à l'urée marquée au carbone 13 pour la détection d'*Helicobacter pylori*;

- HPC13 : Test respiratoire à l'urée marquée au carbone 13 pour la détection d'*Helicobacter pylori*;
- UBT : Test respiratoire à l'urée pour la détection d'*Helicobacter pylori*;
- TRU : Test respiratoire à l'urée pour la détection d'*Helicobacter pylori*;
- Breath test : Test respiratoire à l'urée pour la détection d'*Helicobacter pylori*.
- NAM : Numéro d'assurance maladie;
- VAG : Véhicule auto guidé.

## 6. RESPONSABILITÉS

- La chef de service et la responsable médicale du Centre de prélèvements ont la responsabilité d'écrire et de mettre à jour régulièrement cette procédure;
- L'assistante-chef du Centre de prélèvements a la responsabilité de s'assurer que le personnel du secteur a lu la procédure, qu'il a été formé et que la procédure est mise en place;
- Le coordonnateur du Centre de prélèvements doit s'assurer que la procédure est respectée par tout le personnel concerné et doit contribuer à la révision de cette dernière;
- Les technologistes et les infirmières auxiliaires ont la responsabilité d'effectuer leur travail selon la procédure décrite.

## 7. ÉNONCÉ / SYSTÈME DE FONCTIONNEMENT

### 7.1 Échantillon

Air expiré.

### 7.2 Matériel et réactifs

- Trousse de test respiratoire à l'urée  $^{13}\text{C}$  DIA13-Helico de la compagnie RAD Diagnostics (# DHPC 13-01, ID 179042, Voir image);  
*Cette trousse est pour les adultes et les enfants de plus de 35 livres (15 kg).*



Cette trousse contient :

- ✓ 1 flacon contenant 75 mg d'urée  $^{13}\text{C}$
- ✓ 1 enveloppe contenant 1,4 g d'acide citrique
- ✓ 4 tubes de prélèvements (deux tubes T-0 et deux tubes T-30)
- ✓ 1 paille en plastique emballée
- ✓ 1 pipette en plastique

- Une tasse à mesurer de 250 mL;
- Un verre jetable;
- Un chronomètre.

### 7.3 Contrôle de qualité

- Vérifier la date de péremption de la trousse de prélèvement;
- Noter le numéro de lot de la trousse sur l'étiquette SIL appropriée et apposer celle-ci sur la trousse de prélèvement utilisée;
- Le # de lot doit également être inscrit et validé dans le SIL.

### 7.4 Procédure

- 1- Accueillir l'utilisateur avec professionnalisme (sourire, calme, respect, empathie et discrétion) et installer l'utilisateur;
- 2- Se présenter, et nommer son titre professionnel;
- 3- Vérifier que l'identification de l'utilisateur sur la carte NAM, l'ordonnance et les étiquettes SIL correspondent;
- 4- Vérifier l'identité de l'utilisateur de façon positive, c'est-à-dire en demandant à l'utilisateur de décliner son nom complet ainsi que sa date de naissance;

❖ La responsabilité de l'identification de l'utilisateur incombe à la personne qui effectue le prélèvement.

- 5- Rassembler le matériel nécessaire;
- 6- Informer (expliquer la procédure) et rassurer l'utilisateur;
- 7- S'assurer que les exigences d'analyses sont respectées;

#### **Assurez-vous que l'utilisateur :**

- Soit à jeun depuis au moins 3 heures; le patient ne devrait pas avoir bu, ni mangé durant au moins 3 heures précédant le test;
- N'ait pas pris d'antibiotiques pendant 4 semaines (incluant *Pepto Bismol*®);
- N'ait pas pris d'inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) pendant 14 jours;
  - Exemples :
    - Oméprazole (Losec ou d'autres marques)
    - Lansoprazole (Prevacid ou d'autres marques)
    - Ésoméprazole (Nexium ou d'autres marques)
    - Pantoprazole (Pantoloc ou d'autres marques)
    - Rabéprazole (Pariet ou d'autres marques)
    - Dexlansoprazole (Dexilant)

- N'ait pas pris d'antagonistes des récepteurs H2 pendant 24 heures;
  - Exemples :
    - Ranitidine (Zantac ou d'autres marques)
    - amotidine (Pepcid ou d'autres marques)
    - Cimétidine (Tagamet ou d'autres marques)
    - Nizatidine (Axid ou d'autres marques)
- N'ait pas pris d'autres antiacides pendant 12 à 24 heures.
  - Exemples :
    - Gaviscon
    - Tums
    - Roloids
    - Eno

Si ce n'est pas le cas, le patient devra revenir un autre jour.

En cas de doute, référez le patient à son médecin ou son pharmacien. Le patient devrait suivre leurs avis et revenir un autre jour.

- 8- Laver vos mains avec du gel désinfectant et enfiler les gants à usage unique;
  - ❖ Il est préférable de porter un masque chirurgical, ainsi qu'une visière.
- 9- Préparer 150 mL d'eau avec la tasse à mesurer et verser dans un verre.  
Verser le contenu de l'enveloppe d'acide citrique dans le verre d'eau.  
À l'aide de la pipette, remuer jusqu'à dissolution complète.  
Jeter l'enveloppe vide.
- 10- Ouvrir le flacon d'urée.  
Remplir le flacon avec la solution d'acide citrique en utilisant la pipette (deux prélèvements complets de pipette sont suffisants).  
Refermer le flacon et remuer légèrement.
- 11- Demander à l'usager de boire entièrement le verre contenant la solution d'acide citrique restante;
- 12- Déboucher les deux tubes de prélèvement portant l'inscription T -0;
- 13- L'usager retire la paille de son emballage.  
Il glisse la paille jusqu'au fond du premier tube et il souffle dans la paille pendant 5 à 10 secondes tout en retirant lentement la paille.  
Note : De la buée sur la paroi du tube indique que l'usager a soufflé suffisamment.  
Reboucher très rapidement le tube.
- 14- Répéter la procédure au point 13 avec le deuxième tube de prélèvement portant l'inscription T -0;
- 15- Indiquer l'heure sur les deux étiquettes SIL identifiées « Temps 0 » et identifier les tubes prélevés avec ces étiquettes en présence de l'usager;
- 16- Remiser les tubes prélevés dans la trousse.  
Conserver la paille pour les prélèvements du temps 30.

17- Ouvrir le flacon d'urée.

Demander à l'utilisateur de boire tout le contenu du flacon en 5 minutes.

- ❖ La solution d'urée doit être obligatoirement bue en moins de 5 minutes. Sinon, un commentaire de prélèvement indiquant le temps pris pour boire la solution doit être ajouté dans le SIL.

18- Jeter le flacon d'urée vide.

Enlever les gants et se laver les mains.

19- Partir le chronomètre pour une durée de 30 minutes suite à l'ingestion et inscrire l'heure prévue de prélèvement sur les deux tubes portant l'inscription T30 et les deux étiquettes SIL correspondantes à ces tubes;

20- Donner à l'utilisateur les directives suivantes pour l'attente de 30 minutes :

- Il ne peut ni manger, ni boire, ni fumer;
- Il doit rester au repos;
- Il ne peut pas aller à un autre rendez-vous;
- Il doit nous aviser de tout malaise.

21- Consigner dans le SIL, à l'aide du lecteur code-à-barres, les prélèvements du temps 0 ainsi que le # de lot de la trousse.

Ne pas oublier de modifier les heures de prélèvements lors de la consignation pour être concordant avec l'heure inscrite manuellement sur les étiquettes.

22- Inscrire le # de lot de la trousse dans le SIL à l'endroit approprié et valider;

### **Étapes à suivre suite aux 30 minutes :**

23- S'assurer que tout ce soit bien déroulé pendant le temps d'attente;

24- Laver vos mains avec du gel désinfectant et enfiler les gants à usage unique;

25- Déboucher les deux tubes de prélèvement portant l'inscription T30;

26- L'utilisateur reprend la paille.

Il glisse celle-ci jusqu'au fond du premier tube et il souffle dans la paille pendant 5 à 10 secondes tout en la retirant lentement.

Note : De la buée sur la paroi du tube indique que l'utilisateur a soufflé suffisamment.

Reboucher très rapidement le tube.

27- Répéter la procédure au point 26 avec le deuxième tube de prélèvement portant l'inscription T30;

28- Enlever vos gants et laver vos mains;

29- Identifier les échantillons avec les étiquettes du SIL devant l'utilisateur et consigner ceux-ci dans le SIL à l'aide du lecteur code-à-barres.

Ne pas oublier de modifier les heures de prélèvements lors de la consignation pour être concordant avec l'heure inscrite manuellement sur les étiquettes s'il y a un délai pour la consignation.

30- Déposer tous les échantillons dans la trousse de prélèvements et fermer celle-ci;



31- Apposer vos initiales et l'heure sur l'ordonnance;

- ❖ Si le SIL est non disponible, il est important d'inscrire la date et les différentes heures de prélèvements sur l'ordonnance.

32- Lors du départ de l'usager, l'informer de l'annulation des restrictions liées à l'analyse;

33- Faire parvenir la trousse comportant tous les échantillons au laboratoire par VAG;

34- Désinfecter le poste de travail avant l'arrivée du prochain usager.

### **7.5 Interférence et sources potentielles de variation des résultats**

- Il est important de ne pas avoir pris des médicaments proscrits, car ils peuvent influencer le test;
- Puisque l'exercice augmente le transit gastrique, il est important de restreindre les déplacements du patient durant l'attente;
- La patient ne peut ni manger, ni boire, ni fumer pendant toute la durée du test;
- Il est important de boire la solution en 5 minutes ou moins et de respecter les temps de prélèvements;
- Tout problème, durant la procédure, sera indiqué en commentaire de prélèvement dans le SIL, mais le test ne sera pas annulé.

<b>LOCALISATION DES COPIES PAPIER :</b>
<b>RÉFÉRENCES :</b> 06-PREL-DOC-175966 Monographie - Trousse de prélèvement du test respiratoire à l'urée marquée au carbone 13 pour la détection d' <i>Helicobacter pylori</i> - Rad Diagnostic - FORPRQ0224.02 OMNI #138902 Avis INESSS, analyses biologie médicale, 12 mars 2018

Date : \_\_\_\_\_

Questionnaire à remettre au patient lors de la remise des contenants pour la recherche de parasites dans les selles (1 feuille par série de demandes).

À compléter **par l'usager** et à remettre en même temps que les contenants de selles complétés.

Cocher la ou les situations qui s'appliquent (☒) :

- ☐ Voyage(s) à l'extérieur du Canada et des États-Unis dans les derniers 12 mois

- Pays et date(s) approximative(s) :

Pays: \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Pays: \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

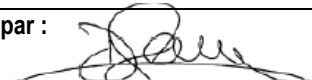
Pays: \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

- ☐ Immigrant depuis moins de 10 ans.
- ☐ Immunosupprimé (chimiothérapie, prednisone ou autre immunosuppresseur, immunodéficience, VIH, bilan pré-greffe d'organe).
- ☐ Diarrhée ou problèmes gastro-intestinaux **depuis plus d'un mois**
- ☐ **Aucune des situations ci-dessus** (à noter qu'une recherche de parasites dans les selles sera quand même effectuée).
- ☐ Greffe de selles (donneur) à venir

Merci de votre collaboration

**Dernière révision :** 2022-05-05

Fichier : MIC-FOR-015 Questionnaires - Parasites dans les selles

Préparé par : Alain Charbonneau	Vérifié par : Josée Lavoie	Approuvé par : 	Date d'entrée en vigueur : 2015-10-07	Page 1 de 1
------------------------------------	-------------------------------	--	--	----------------

## IDENTIFICATION DU PRESCRIPTEUR

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

N° permis & fonction : \_\_\_\_\_

Adresse de retour du résultat : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

Télécopieur : \_\_\_\_\_

## IDENTIFICATION DE L'USAGER

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Sexe : ☐ M ☐ F Date de naissance : Année Mois Jour

N° Assurance maladie : \_\_\_\_\_

N° téléphone : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

## Informations sur le prélèvement

Lieu de prélèvement : \_\_\_\_\_

Date du prélèvement : Année Mois Jour

Heure : \_\_\_\_\_

Premier sérum ☐ AAAA / MM / JJ

Deuxième sérum ☐ AAAA / MM / JJ

Prélevé par : \_\_\_\_\_

## Analyse sérologique pour SARS-CoV-2 IgG/IgM

Renseignements cliniques : \_\_\_\_\_

Symptômes reliés à la Covid ☐ OUI ☐ NON Date des premiers symptômes compatibles avec la Covid-19 : AAAA / MM / JJ

Avez-vous déjà eu un dépistage Covid ? : ☐ NON ☐ OUI

Si oui : ☐ Positif AAAA / MM / JJ

☐ Négatif

## INDICATIONS

## Soutien au diagnostic clinique

S 1 ☐ Complications tardives associées à la Covid-19

Indiquer la complication

Indiquer la complication

S 2 ☐ Maladie respiratoire sévère

\*Premier TAAN : AAAA / MM / JJ

\*Deuxième TAAN : AAAA / MM / JJ

## Enquêtes et surveillance épidémiologiques

S 3 ☐ Enquête de chaînes de transmission lors d'éclotions complexes

Approbation par le directeur de la santé publique ou son représentant S3: \_\_\_\_\_ AAAA / MM / JJ

## Région sociosanitaire du patient (RSS)

- |  |   |  |   |
|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> 01 Bas St-Laurent               | <input type="checkbox"/> 06 Montréal              | <input type="checkbox"/> 11 Gaspésie-IDM         | <input type="checkbox"/> 16 Montérégie                    |
| <input type="checkbox"/> 02 Saguenay-Lac-St-Jean         | <input type="checkbox"/> 07 Outaouais             | <input type="checkbox"/> 12 Chaudière-Appalaches | <input type="checkbox"/> 17 Nunavik                       |
| <input type="checkbox"/> 03 Capitale-Nationale           | <input type="checkbox"/> 08 Abitibi-Témiscamingue | <input type="checkbox"/> 13 Laval                | <input type="checkbox"/> 18 Terres-Cries-de-la-Baie-James |
| <input type="checkbox"/> 04 Mauricie et Centre-du-Québec | <input type="checkbox"/> 09 Côte-Nord             | <input type="checkbox"/> 14 Lanaudière           |   |
| <input type="checkbox"/> 05 Estrie                       | <input type="checkbox"/> 10 Nord-du-Québec        | <input type="checkbox"/> 15 Laurentides          |   |

Si RSS inconnu inscrire le Code postal : \_\_\_\_\_

## REQUÊTE D'ANALYSE MÉTAUX ET ÉLÉMENTS TRACES

CLIENT		
Centre hospitalier :		
Adresse :		Code Postal :
Médecin requérant :		Permis :
Téléphone :		Télécopieur :
Date prélèvement (aaaa/mm/jj) :		Heure :
PATIENT		
Prénom et nom :		DDN (aaaa/mm/jj):
RAMQ :		
# de dossier :		
# de référence client :		

Analyse(s) demandée(s)	URINE	SANG TOTAL	PLASMA SÉRUM	CHEVEUX	BIOPSIE HÉPATIQUE	AUTRES (PRÉCISER)
Dosage des métaux – profil complet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Aluminium (Al)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Antimoine (Sb)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Argent (Ag)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
Arsenic (total) (As)	<input type="checkbox"/> *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Arsenic inorganique (As)	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>
Arsenic spéciation (As)	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>
Baryum (Ba)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Béryllium (Be)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Bismuth (Bi)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Bore (B)	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>
Bromures (Br)		<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
Cadmium (Cd)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Cérium (Ce)	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>
Césium (Cs)	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>
Chrome (Cr)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Cobalt (Co)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Cuivre (Cu)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Étain (Sn)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
Fer (Fe)					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fluorures (F)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Gadolinium (Gd)	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>
Iodures (I)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

## REQUÊTE D'ANALYSE MÉTAUX ET ÉLÉMENTS TRACES

Analyse(s) demandée(s)	URINE	SANG TOTAL	PLASMA SÉRUM	CHEVEUX	BIOPSIE HÉPATIQUE	AUTRES (PRÉCISER)
Lanthane (La)	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>
Lithium (Li)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Manganèse (Mn)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Mercure (total) (Hg)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> **		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Mercure inorganique (Hg)	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>
Méthylmercure (MeHg)		<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
Molybdène (Mo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Néodyme (Nd)	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>
Nickel (Ni)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Or (Au)			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Platine (Pt)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Plomb (Pb)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Praséodyme (Pr)	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>
Sélénium (Se)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Tellure (Te)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Thallium (Tl)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Thorium (Th)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Tungstène (W)	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>
Uranium (U)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Vanadium (V)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Yttrium (Y)	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>
Zinc (Zn)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Zinc protoporphyrine (ZPP)		<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
Créatinine	<input type="checkbox"/>					
Densité	<input type="checkbox"/>					

\* Un résultat > 0,5 µmol/L entraîne une analyse réflexe d'arsenic inorganique, à moins que cette analyse ait été effectuée dans les 12 derniers mois.

\*\* Un résultat > 60 nmol/L entraîne une analyse réflexe de méthylmercure, à moins que cette analyse ait été effectuée dans les 12 derniers mois.

### Informations additionnelles

### Section réservée au laboratoire du CTQ

Échantillon reçu à : ☐ TP ☐ 4°C ☐ Congelé

<b>Formulaire #</b> F-11-117	<b>Approuvé par</b> Ciprian-Mihai Cirtiu	<b>Date de rédaction</b> 2021/03/22	<b>Date de révision / #3</b> 2022/09/22	<b>Page</b> 2 de 2
---------------------------------	--	--	--	-----------------------



Projet d'algorithme de prise  
en charge des patients sous  
traitement avec l'ADALIMUMAB

Identification du prescripteur - Renseignements obligatoires

Nom et prénom : \_\_\_\_\_  
Numéro de pratique : \_\_\_\_\_  
Pour cliniques : Lieu de consultation : \_\_\_\_\_  
Téléphone du prescripteur : \_\_\_\_\_  
Télécopieur du prescripteur : \_\_\_\_\_  
Date prélèvement : \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_ Heure : \_\_\_\_ h \_\_\_\_  
Lieu de prélèvement : \_\_\_\_\_ Prélevé par : \_\_\_\_\_

Renseignement cliniques OBLIGATOIRES

Information sur le médicament :

Dernière dose : \_\_\_\_\_ mg Date : \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_ Heure : \_\_\_\_ h \_\_\_\_  
Cochez la maladie :  
☐ Crohn ☐ Colite ulcéreuse ☐ Autres : \_\_\_\_\_  
Immunomodulation :  
☐ Oui ☐ Non

Identification du patient - Renseignements obligatoires

\*Utiliser la carte HMR ou d'assurance-maladie du patient

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
Numéro de dossier : \_\_\_\_\_  
RAMQ : \_\_\_\_\_  
Date de naissance : \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_ Sexe : \_\_\_\_\_  
aaaa mm jj  
No. Tél. : \_\_\_\_\_

☐ Résultats STAT Tél. : \_\_\_\_\_ Fax : \_\_\_\_\_

Cochez la raison de la demande d'analyse :

☐ Post-induction ☐ Aléatoire  
☐ Non réponse ☐ Perte de réponse

Biochimie - 1 tube or gel (110)

☐ (ada) Adalimumab et anticorps anti-adalimumab

Étiquette d'enregistrement ici

Programme de biologie médicale

F00002-1601



Projet d'algorithme de prise  
en charge des patients sous  
traitement avec l'ADALIMUMAB

Identification du prescripteur - Renseignements obligatoires

Nom et prénom : \_\_\_\_\_  
Numéro de pratique : \_\_\_\_\_  
Pour cliniques : Lieu de consultation : \_\_\_\_\_  
Téléphone du prescripteur : \_\_\_\_\_  
Télécopieur du prescripteur : \_\_\_\_\_  
Date prélèvement : \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_ Heure : \_\_\_\_ h \_\_\_\_  
Lieu de prélèvement : \_\_\_\_\_ Prélevé par : \_\_\_\_\_

Renseignement cliniques OBLIGATOIRES

Information sur le médicament :

Dernière dose : \_\_\_\_\_ mg Date : \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_ Heure : \_\_\_\_ h \_\_\_\_  
Cochez la maladie :  
☐ Crohn ☐ Colite ulcéreuse ☐ Autres : \_\_\_\_\_  
Immunomodulation :  
☐ Oui ☐ Non

Identification du patient - Renseignements obligatoires

\*Utiliser la carte HMR ou d'assurance-maladie du patient

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
Numéro de dossier : \_\_\_\_\_  
RAMQ : \_\_\_\_\_  
Date de naissance : \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_ Sexe : \_\_\_\_\_  
aaaa mm jj  
No. Tél. : \_\_\_\_\_

☐ Résultats STAT Tél. : \_\_\_\_\_ Fax : \_\_\_\_\_

Cochez la raison de la demande d'analyse :

☐ Post-induction ☐ Aléatoire  
☐ Non réponse ☐ Perte de réponse

Biochimie - 1 tube or gel (110)

☐ (ada) Adalimumab et anticorps anti-adalimumab

Étiquette d'enregistrement ici

Programme de biologie médicale

F00002-1601

**DEMANDE D'ANALYSE - GÉNÉTIQUE MOLÉCULAIRE**

**Laboratoire Central de Diagnostic Moléculaire** (CLIA #99D1042152)  
OPTILAB-CUSM Génétique  
1001 boul. Décarie, E05.5051  
Montréal, QC, H4A 3J1, Canada  
Tel: 514-934-1934 x23383 / x23298 Fax: 514-843-1661

**Médecin prescripteur:**

Nom, Prénom: \*

Permis #: \* Institution: \*

Adresse: \*

e-mail address: \*

Tel: \* Fax: \*

(Fax pour envoi des résultats)

Conseiller(e)/Infirmier(e):

Tel: Fax:

Je certifie avoir expliqué au patient/tuteur la nature, les bénéfices, risques et limites des analyses demandées et confirme avoir obtenu son consentement éclairé autorisant ces analyses. J'autorise le laboratoire à télécopier les résultats au numéro indiqué ci-haut.

Signature: \* Date: \* / /

**Échantillon: \***

Date prélèvement - Heure: \* / / à h min

Prélevé par (Nom, Prénom): \*

☐ 2 x 4 mL de sang (tube EDTA, bouchon violet) – 2mL pour nouveau-né

☐ ADN: min 10 ug – Source:

☐ Liquide amniotique: min 10 mL

☐ Amniocytes cultivés : 2 flacons T25 confluents

☐ Prélèvement des villosités chorales (CVS): min 10 mg

☐ CVS cultivées: 2 flacons T25 confluents

☐ Tissu – Spécifier:

☐ Autre – Spécifier:

SVP consulter notre répertoire pour les spécificités de l'analyse demandée: <https://cusm.ca/laboratoires-biologie-medicale>

**Réservé au laboratoire:**

Date – heure de réception:

/ /

h min

ETIQUETTE DE L'ÉCHANTILLON ICI

Type et nombre de tubes:

Patient #:

Famille #:

ESTAMPILLER CARTE DU PATIENT OU PLACER AUTOCOLLANT ICI

Nom, Prénom: \*

Date de naissance (AAAA-MM-JJ): \* / /

Nom du père:

Nom de la mère:

Dossier patient # (MRN): \*

RAMQ # : \*

Pour les bébés, SVP fournir le # de RAMQ de la mère

Sexe: \* ☐ Masculin ☐ Féminin ☐ Inconnu

**Analyse demandée** (écrire ci-dessous OU sélectionner choix en page 2 si plus d'une analyse est demandée): \*

**Indication: \***
☐ Confirmation du diagnostic (symptomatique)

☐ Test de porteur (cas non-atteint - atteintes récessives)

☐ Test prédictif (cas non-atteint - atteintes dominantes)

☐ Diagnostic prénatal (échantillon maternel requis)

☐ Réponse médicamenteuse (pharmacogénétique)

☐ Autre – Spécifier:

**Raison pour demande d'analyse accélérée (si applicable):**
☐ Grossesse (âge gestationnel: semaines le / / )

☐ Autre raison – Spécifier:

**Analyse de variation familiale:**

Joindre une copie du rapport du cas index. Si la variation a été testée par un autre laboratoire que le CMDL, un échantillon d'un membre de la famille chez qui la variation a été identifiée (un contrôle familial positif) est requis.

Gène (nomenclature HGNC):

Variation(s) (nomenclature HGVS):

Numéro de famille (CMDL):

Nom du cas index:

Lien de parenté avec le cas index:

**Arbre généalogique / Informations cliniques:**

Dessiner ou joindre un arbre généalogique et inclure les informations cliniques pertinentes.

Origine ethnique: \*

**Liste de contrôle: \***
☐ Échantillon étiqueté avec au moins deux identifiants \*

☐ Formulaire de demande d'analyse (ce document) \*

☐ Formulaire des critères d'éligibilité (si applicable)

☐ Formulaire de consentement

**\*Informations requises. L'analyse ne sera pas effectuée si des informations sont manquantes.**

**Réservé au laboratoire:**

Date – heure de réception:

/ /

h min

ETIQUETTE DE L'ECHANTILLON ICI

Type et nombre de tubes:

Patient #:

Famille #:

ESTAMPILLER CARTE DU PATIENT OU PLACER AUTOCOLLANT ICI

Nom, Prénom:\*

Date de naissance (AAAA-MM-JJ):\*

/ /

Nom du père:

Nom de la mère:

Dossier patient # (MRN):\*

RAMQ # :\*

Pour les bébés, SVP fournir le # de RAMQ de la mère

Sexe:\* ☐ Masculin ☐ Féminin ☐ Inconnu**LISTE DES ANALYSES & MALADIES****SVP, n'utiliser cette page que si plus d'une analyse est demandée****Pour le diagnostic prénatal et l'analyse de variations familiales, compléter les informations en page 1 (section Analyse de variation familiale).****Syndrome d'Angelman / Prader-Willi**Phénotype: ☐ Angelman ☐ Prader-Willi☐ Méthylation et analyse de délétions/duplications☐ Disomie uniparentale 15 (échantillons parentaux requis)**Dépistage de porteur pour les juifs ashkénazes**☐ Variations récurrentes de *HEXA*, *ASPA*, *IKBKAP* (maladie de Tay-Sachs, maladie de Canavan, dysautonomie familiale)☐ Variation(s) familiale(s) connue(s)**Fibrose kystique et maladies liées à *CFTR***☐ Séquençage de *CFTR*☐ Variation(s) familiale(s) connue(s)**Beta-hémoglobinopathies**Phénotype: ☐ HbS ☐ HbC ☐ HbE ☐ Autre: β-thalassémie: ☐ Majeure ☐ Intermédiaire ☐ Trait/Mineure☐ Séquençage de *HBB* (résultats hématologiques requis)☐ Variation(s) familiale(s) connue(s)**Cancer du sein et de l'ovaire héréditaire**☐ Variations juives ashkénazes de *BRCA1*, *BRCA2*☐ Variation(s) familiale(s) connue(s)**Déficit en hexosaminidase A (maladie de Tay-Sachs)**☐ Séquence de *HEXA* (résultats enzymatiques requis)☐ Variation(s) familiale(s) connue(s)**Dysplasie ectodermique hidrotique (syndrome de Clouston)**☐ Séquençage de *GJB6*☐ Variation(s) familiale(s) connue(s)**Maladie de Huntington**☐ Expansion de triplets nucléotidiques de *HTT*

Pour les confirmations du diagnostic clinique, SVP fournir les informations cliniques et l'histoire familiale. Pour les tests prédictifs, les patients doivent être référés par un service offrant du conseil génétique.

**Infertilité masculine**☐ Microdélétions du chromosome Y**Déficit en MCAD**☐ Variation récurrente de *ACADM* (c.997A>G, p.Lys333Glu)☐ Variation(s) familiale(s) connue(s)**Acidémie méthylmalonique**☐ Séquençage de *MMACHC*☐ Variation(s) familiale(s) connue(s) (gènes *MMACHC*, *LMBRD1*, *MMAA*, *MMAB*, *MCEE*, *CD320* et *MUT*)**Surdité**☐ Séquençage de *GJB2*, délétions récurrentes de *GJB6*☐ Variation(s) familiale(s) connue(s)**Déficit en PAH**Phénotype: ☐ PKU ☐ Hyperphénylalaninémie☐ Séquençage de *PAH*☐ Variation(s) familiale(s) connue(s)**Pharmacogénétique**☐ Génotypage de *DPYD* (4 variations récurrentes)☐ Variation(s) familiale(s) connue(s)**Pour le CUSM (Glen) seulement**☐ Banque ADN (Génétique Médicale seulement)☐ Banque ARN (Génétique Médicale seulement)☐ Analyse de microsatellites:☐ Contamination maternelle (échantillon maternel requis)☐ Test de zygosity☐ Test de concordance d'échantillons☐ Autre test – Spécifier: 

(SVP appeler le laboratoire pour information)



## Requisition for Molecular Pathology

### Solid Tumors

#### Requesting physician

Name: Dr. \_\_\_\_\_  
 Institution: \_\_\_\_\_  
 Department: \_\_\_\_\_  
 Address: \_\_\_\_\_  
 City, postal code: \_\_\_\_\_  
 Tel: (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_  
 Fax: (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_ (to send results)

#### Patient

Name: \_\_\_\_\_  
 Given name: \_\_\_\_\_  
 D.O.B: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
 Sex: ☐ M ☐ F  
 Smoking history: never / previous / current smoker  
 JGH registration #: \_\_\_\_\_  
 RAMQ #: \_\_\_\_\_

#### Sample

Date of procedure: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Hospital of procedure, City: \_\_\_\_\_  
☐ Paraffin block (including cell block) Block ID #: \_\_\_\_\_  
 Site: ☐ Colon ☐ Rectal ☐ Lung, right ☐ Lung, left ☐ Skin ☐ Lymph node ☐ Other: \_\_\_\_\_  
 Type of specimen ☐ Surgical resection ☐ Biopsy, core ☐ Fine Needle Aspirate ☐ EBUS  
☐ Other: \_\_\_\_\_  
☐ Cytological fluid, Fluid ID #: \_\_\_\_\_  
 Type of fluid ☐ Pleural ☐ Pericardial ☐ Other: \_\_\_\_\_  
☐ Other Sample ID #: \_\_\_\_\_ Sample type: \_\_\_\_\_

#### Test Requested

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> <i>RAS</i> (K and N) mutation analysis  | <input type="checkbox"/> <i>EGFR</i> T790M mutation analysis in plasma<br>(Streck™ blood collection tubes only!) |
| <input type="checkbox"/> <i>BRAF</i> mutation analysis   | <input type="checkbox"/> <i>MLH1</i> promoter methylation analysis   |
| <input type="checkbox"/> <i>EGFR</i> mutation analysis, <u>first line</u><br>NSCLC + <i>ALK</i> rearrangement  | <input type="checkbox"/> MSI analysis: Tumor sample block ID#: _____<br>Normal tissue block ID#: _____           |
| <input type="checkbox"/> <i>EGFR</i> mutation analysis, <u>second/third line</u><br>NSCLC (incl. T790M and C797S,<br>without <i>ALK</i> rearrangement) | <input type="checkbox"/> PD-L1 immuno expression (clone 22C3, NSCLC only)  |
| <input type="checkbox"/> <i>ALK</i> rearrangement analysis   | <input type="checkbox"/> Other: _____  |

Include the original pathology report with this requisition for all test requests.

Send request and samples to:  
**Jewish General Hospital**  
**Department of Pathology, Room G102**  
**3755 Cote St Catherine Road**  
**Montreal, QC, H3T 1E2**

Physician's signature: \_\_\_\_\_

Date of request: \_\_\_\_\_



CHU Sainte-Justine

Le centre hospitalier  
universitaire mère-enfant



## Hématologie moléculaire, Oncologie moléculaire, et Pathologie moléculaire

3175, Côte Sainte-Catherine, Montréal, QC, H3T 1C5, 514-345-4931

F-582 # INV.: 3999582 (REV. 2016-06)

ATTENTION: Zone grise obligatoire

Prélèvement demandé: Date: \_\_\_\_\_ Heure \_\_\_\_\_ ou Heure de tournée: 7h ☐ 11h ☐ 14h ☐ 17h ☐ 20h ☐ 00h ☐

Unité de Soins/Clinique : \_\_\_\_\_

MD Requérant : \_\_\_\_\_ # Licence : \_\_\_\_\_

**Prélèvement fait: Date:** \_\_\_\_\_ **Heure** \_\_\_\_\_

**Prélevé par:** \_\_\_\_\_

Cocher obligatoirement la nature de l'échantillon et les analyses requises

Identification du patient

Nom, Prénom:

Sexe : F ☐ M ☐

# Dossier ou # Ass. maladie :

Date de naissance :

ou

Plaquer carte d'identification :

Renseignement clinique: \_\_\_\_\_

En demandant cette analyse, le médecin confirme avoir expliqué au (à la) patient(e) la nature du test demandé sur cette requête et ses bénéfices, limites et risques potentiels pour le (la) patient(e) et pour sa famille. Il (elle) confirme aussi avoir obtenu un consentement autorisant le test, de la part du (de la) patient(e) ou de son (sa) gardien(ne) légal(e).

### NATURE DE L'ÉCHANTILLON

☐ Sang : 5 ml EDTA  
\_\_\_\_\_ (nbre) tube(s)

☐ ADN

☐ Amniocytes

☐ Biopsie chorale

☐ Biopsie tissu

☐ Bloc de paraffine # bloc \_\_\_\_\_

☐ Buvard imbibé de sang EDTA

☐ Moelle osseuse (tube EDTA)

☐ Autre : \_\_\_\_\_

### ANALYSE DEMANDÉE

☐ Chimérisme, pré-greffe

☐ Chimérisme, post-greffe

☐ Extraction d'ADN Justification obligatoire : \_\_\_\_\_

☐ Fibrosarcome congénital t(12;15), ETV6/NTRK3<sup>1</sup>

☐ Panel Leucémies aiguës mégacaryoblastiques:<sup>1</sup>

☐ t(1;22) RBM15-MKL1 ☐ t(11;12) NUP98-JARID1A ☐ INV(16) CBFA2T3-GLIS2

☐ Panel Leucémies Lymphoblastiques:<sup>1</sup>

☐ t(9;22) ☐ t(12;21) ☐ t(1;19) ☐ t(4;11)

☐ Panel Leucémies Non-Lymphoblastiques:<sup>1</sup>

☐ inv(16) ☐ t(9;11) ☐ t(15;17) ☐ t(8;21)

☐ Panel Leucémies MLL:<sup>1</sup>

☐ t(1;11) ☐ t(6;11) ☐ t(10;11) ☐ t(4;11) ☐ t(9;11)

☐ t(11;19) MLL/ENL ☐ t(11;19) MLL/ELL

☐ Panel autres translocations:<sup>1</sup>

☐ t(5;11) NUP98-NSD1 ☐ t(6;9) DEK-NUP214 ☐ t(9;9) PAX5-JAK2

☐ t(11;17) MLL-LASP1 ☐ t(10;11) PICALM-MLLT10

☐ Lymphome de Burkitt t(8;14)<sup>2</sup>

☐ Lymphome à grandes cellules t(2;5) NPM1/ALK<sup>1</sup>

☐ Rhabdomyosarcome alvéolaire t(1;13), t(2;13)<sup>1</sup>

☐ Sarcome Ewing t(11;22) EWSR1/FLI-1; t(21;22) EWSR1/ERG<sup>1</sup>

☐ Séquençage des exons codants du gène GATA2

☐ Séquençage des exons codants du gène PAX5

☐ Séquençage des exons codants du gène TP53

☐ Séquençage des exons codants du gène RUNX1/AML1

☐ Tumeur desmoplastique à petites cellules rondes t(11;22) EWSR1/WT1<sup>1</sup>

☐ Autre : \_\_\_\_\_

☐ Facteur V Leiden R506Q

☐ Prothrombine G20210A

☐ MTHFR C677T

☐ Hémophilie A (Facteur VIII)

☐ Hémophilie B (Facteur IX)

☐ von Willebrand type 2, précisez \_\_\_\_\_

☐ Désordre plaquettaire Québécois " Québec Platelet Disorder "

☐ Thalassémie alpha, délétions 3.7 4.2, MED, SEA, FIL, THAI, 20.5

☐ Hémoglobinopathie C

☐ Hémoglobinopathie S

☐ Angioedème

☐ Facteur VII, séquençage gène F7

☐ Détection de contamination foeto-maternelle

☐ Autre : \_\_\_\_\_

☐ Tumeurs cérébrales (H3F3A : p.K27M et p.G34V/R et HIST1H3B : p.K27M)

☐ Analyse des dystrophies musculaires :  
Ac anti-dystrophine, Ac anti-calpaine et Ac anti-dysferline (immunobuvardage)

☐ Syndrome du X Fragile

### INFORMATION FAMILIALE

Relation avec le cas index \_\_\_\_\_

Nom du cas index \_\_\_\_\_

Autre échantillon envoyé pour cette famille \_\_\_\_\_

Numéro de famille \_\_\_\_\_

But du test demandé \_\_\_\_\_

### RÉCEPTION DES ÉCHANTILLONS

Laboratoire Central

CHU Sainte-Justine

Étage 2, bloc 9

3175, Côte Sainte-Catherine

Montréal (Québec) H3T 1C5

Téléphone : 514-345-4931 poste 6229 FAX : 514-345-2339

### ARBRE GÉNÉALOGIQUE

Légende: 1 : RT-PCR 2 : PCR