



Laboratoire de Virologie

Laboratoire Régional de Référence en Microbiologie

401 Smyth Rd, Ottawa ON. K1H 8L1

TEL: 613-737-7600 ext. 2413 FAX: 613-737-4248



NOM: _____

ADRESSE: _____

SEXE: _____ DATE DE NAISSANCE: _____

N° Assurance Maladie: _____

MÉDECIN: _____

Information du centre
de prélèvement

Renseignements cliniques	MÉDECIN
<input type="checkbox"/> Asymptomatique <input type="checkbox"/> Vomissement <input type="checkbox"/> Éruption cutanée <input type="checkbox"/> Autres:(inclure l'histoire de voyage) <input type="checkbox"/> Fièvre <input type="checkbox"/> Diarrhée <input type="checkbox"/> Neutropénie <input type="checkbox"/> Toux <input type="checkbox"/> Convulsions <input type="checkbox"/> Grossesse <input type="checkbox"/> Écoulement nasal <input type="checkbox"/> Maux de tête <input type="checkbox"/> Transplantation	HEURE & DATE DU PRÉLÈVEMENT : AAAA/MM/JJ
Date de début des symptômes: _____	N° D'ÉCHANTILLON DU LAB D'ORIGINE

Sérologie <i>Tube rouge ou tube jaune avec gel (SST)</i>					
Rougeole <input type="checkbox"/> IgG	Oreillons <input type="checkbox"/> IgG <input type="checkbox"/> IgM	Cytomegalovirus (CMV) <input type="checkbox"/> IgG <input type="checkbox"/> IgM	Toxoplasmose <input type="checkbox"/> IgG <input type="checkbox"/> IgM	Hépatite A <input type="checkbox"/> IgG <input type="checkbox"/> IgM	Hépatite B <input type="checkbox"/> Anticorps de surface (anti-HBs) <input type="checkbox"/> Antigène de surface (HBsAg) <input type="checkbox"/> Anticorps-nucléocapside(anti-HBc)
Rubéole <input type="checkbox"/> IgG <input type="checkbox"/> IgM	Varicelle <input type="checkbox"/> IgG <input type="checkbox"/> IgM	Virus Epstein-Barr (EBV) <input type="checkbox"/> IgG <input type="checkbox"/> IgM	Parvovirus (5^e maladie) <input type="checkbox"/> IgG <input type="checkbox"/> IgM	Hépatite C <input type="checkbox"/> Anticorps (anti-HCV)	

TEST d'AMPLIFICATION des Acides Nucléiques (TAAN) *Certains tests requièrent l'approbation du microbiologiste*

SANG (Tube rouge) <input type="checkbox"/> HBV Quant. (charge virale) <input type="checkbox"/> HBV Génotypage <input type="checkbox"/> HCV Quant. (charge virale) <input type="checkbox"/> HCV Génotypage	SANG (Tube mauve - EDTA) <input type="checkbox"/> Adénovirus, Qualitatif <input type="checkbox"/> Virus BK, Quantitatif (charge virale) <input type="checkbox"/> Parvovirus, Qualitatif <input type="checkbox"/> CMV, Quantitatif (charge virale) <input type="checkbox"/> Toxoplasmose, Qualitatif <input type="checkbox"/> EBV, Quantitatif (charge virale)	LIQUIDE CEPHALO-RACHIDIEN (LCR) <input type="checkbox"/> virus Herpès Simplex (HSV) <input type="checkbox"/> virus Varicelle Zona (VZV) <input type="checkbox"/> Entérovirus (EV) <input type="checkbox"/> Autres _____
--	---	--

PANEL HERPÈS / ZONA (écouvillon seulement) <input type="checkbox"/> Panel HSV/VZV - HSV1; HSV2; VZV Type d'échantillon : <input type="checkbox"/> lésion génitale <input type="checkbox"/> lésion cutanée	PANEL GASTRO-INTESTINALE (selles seulement) <input type="checkbox"/> Panel de virus GI - Adénovirus (Sérotypes 40,41); Astrovirus; Norovirus GI; Norovirus GII; Rotavirus; Sapovirus	URINE <input type="checkbox"/> Virus BK, Quantitatif (charge virale) <input type="checkbox"/> CMV, Qualitatif
--	--	--

PANEL RESPIRATOIRE <input type="checkbox"/> Panel Triplex - Influenza A, B et virus respiratoire syncytial (RSV) <input type="checkbox"/> RV-16 Panel 2 - Adénovirus; Entérovirus; Parainfluenza 1,2,3,4; HMPV <input type="checkbox"/> RV-16 Panel 3 - Coronavirus OC43, 229E, NL63; Bocavirus HBOV; Rhinovirus Type d'échantillon : <input type="checkbox"/> Écouvillon du nasopharynx <input type="checkbox"/> Aspiration <input type="checkbox"/> Lavage broncho-alvéolaire	ÉCOUVILLON DE GORGE (milieu de transport viral) <input type="checkbox"/> Mycoplasma Pneumoniae
--	--

AUTRE _____ _____ Type d'échantillon: _____	APPROBATION du MICROBIOLOGISTE et NOTES _____ _____ _____
---	---