

PRÉNOM _____ NOM _____

DATE DE NAISSANCE _____ TÉLÉPHONE _____

COURRIEL _____ RAMQ _____

IDENTIFICATION
RAMQ

REQUÊTE D'ANALYSES

BIOCHIMIE FERTILITÉ / GROSSESSE	HÉPATITE	SANTÉ DE LA FEMME
<input type="checkbox"/> AMH <input type="checkbox"/> Estradiol <input type="checkbox"/> DHEA-S <input type="checkbox"/> FSH <input type="checkbox"/> hCG <input type="checkbox"/> LH <input type="checkbox"/> Macroprolactine <input type="checkbox"/> Progestérone <input type="checkbox"/> Prolactine <input type="checkbox"/> Testostérone Totale	<input type="checkbox"/> Hépatite B : HBsAg <input type="checkbox"/> Hépatite B : Anti-HBs <input type="checkbox"/> Hépatite B : Anti-HBc core <input type="checkbox"/> Hépatite C : Anti-VHC	<input type="checkbox"/> Chlamydia TAAN <input type="checkbox"/> Chlamydia et Gono TAAN <input type="checkbox"/> Culture et analyse d'urine <input type="checkbox"/> Gonorrhée TAAN <input type="checkbox"/> HPV
	INFECTIONS CONGÉNITALES	HÉMATOLOGIE
	<input type="checkbox"/> CMV IgG <input type="checkbox"/> CMV IgM <input type="checkbox"/> Rubéole IgG	<input type="checkbox"/> Électrophorèse des Hb <input type="checkbox"/> Ferritine <input type="checkbox"/> FSC avec différentiel <input type="checkbox"/> Groupe sanguin et Rh <input type="checkbox"/> Recherche d'anticorps maternels
DÉPISTAGE DU DIABÈTE	AUTRES MALADIES INFECTUEUSES	THYROÏDE
<input type="checkbox"/> Glucose à jeun <input type="checkbox"/> Glucose : hyperglycémie 75g Test gestionnel <input type="checkbox"/> Hémoglobine A1C	<input type="checkbox"/> Parvovirus IgG <input type="checkbox"/> Syphilis TP <input type="checkbox"/> Toxoplasmose IgG	<input type="checkbox"/> TSH
DÉPISTAGE GÉNÉTIQUE	RÉTROVIRUS	AUTRES ANALYSES
<input type="checkbox"/> Caryotype (analyse des chromosomes) <input type="checkbox"/> Microdélétion du Chromosome Y (MCY)	<input type="checkbox"/> HIV Ag/Ac Combo <input type="checkbox"/> HIV TAAN <input type="checkbox"/> HTLV-I/HTLV-II	_____ _____ _____ _____ _____
DÉPISTAGE PRÉNATAL	DÉPISTAGE COVID-19	
<input type="checkbox"/> Optimo <input type="checkbox"/> Harmony (ADN fœtal)	<input type="checkbox"/> SARS-CoV-2 (COVID-19) PCR <input type="checkbox"/> SARS-CoV-2 (COVID-19) IgG	

ESPACE RÉSERVÉ AU MÉDECIN

Clinique _____ Adresse _____

Téléphone _____ Fax _____

SIGNATURE _____ PERMIS # _____ DATE _____