

MÉDICAMENTS, DROGUES

REQUÊTE D'ANALYSE MÉDICAMENTS, DROGUES D'ABUS ET CONTAMINANTS ENVIRONNEMENTAUX

1) Coller l'étiquette d'identification OU brocher la requête locale OU inscrire les informations

3) Cocher un ou plusieurs tests

2) Nature de l'échantillon (obligatoire)

Dosages *Quantitatifs -TDM -Médicaments

Dépistages *Qualitatifs - MS - Immuno

Confirmations Drogues *Quantitatives

Section répétée (facultative)

Dosages *Quantitatifs -Environnement

Biochimie *Quantitatifs

Enquête surdose seulement (DSP)

D'autres analyses sont disponibles, consultez le Répertoire du CTQ au <https://www.inspq.qc.ca/ctq/repertoire-des-analyses>

Section réservée au laboratoire du CTQ
 Échantillon reçu à : TP 4°C Congelé

CLIENT

Centre hospitalier : _____ Code Postal : _____
 Adresse : _____ Permis : _____
 Professionnel requérant : _____ Télécopieur : _____
 Téléphone : _____ Heure : _____
 Date prélèvement (aaaa/mm/jj) : _____

PATIENT

Prénom et nom : _____ DDN (aaaa/mm/jj) : _____
 RAMQ : _____
 # de dossier : _____
 # de référence client : _____

Nature de l'échantillon : Sang (SG)* Sérum (SR)* Plasma (PL)* Urine (U) Matériel non biologique (MN)
 *Favoriser le tube lavande à moins d'indication contraire

PHARMACOLOGIE

<input type="checkbox"/> Profil Antidépresseurs (tricycliques + IRS)	SR/PL	<input type="checkbox"/> Clonazépam + M	SR/PL	<input type="checkbox"/> Méthotriméprazine	SR/PL
<input type="checkbox"/> Profil Antipsychotiques	SR/PL	<input type="checkbox"/> Clomipramine + M	SR/PL	<input type="checkbox"/> Mirtazapine	SR/PL
<input type="checkbox"/> Profil Benzodiazépines	SR/PL	<input type="checkbox"/> Clonazépam + M	SR/PL	<input type="checkbox"/> Nortriptyline	SR/PL
<input type="checkbox"/> Profil Opioides	SR/PL	<input type="checkbox"/> Clozapine + M	SR/PL	<input type="checkbox"/> Olanzapine	SR/PL
<input type="checkbox"/> -OH Risperidone	SR/PL	<input type="checkbox"/> Cotinine	SR/PL/U	<input type="checkbox"/> Paroxétine	SR/PL
<input type="checkbox"/> Acébutolol	SR/PL	<input type="checkbox"/> Desmethylvenlafaxine	SR/PL	<input type="checkbox"/> Procyclidine	SR/PL
<input type="checkbox"/> Amiodarone + M	SR/PL	<input type="checkbox"/> Diltiazem	SR/PL	<input type="checkbox"/> Prométhazine	SR/PL
<input type="checkbox"/> Amitriptyline + M	SR/PL	<input type="checkbox"/> Doxépine + M	SR/PL	<input type="checkbox"/> Propranolol	SR/PL
<input type="checkbox"/> Imoxapine	SR/PL	<input type="checkbox"/> Duloxétine	SR/PL	<input type="checkbox"/> Quétiapine	SR/PL
<input type="checkbox"/> Aripiprazole	SR/PL	<input type="checkbox"/> Fentanyl + M	SR/PL	<input type="checkbox"/> Risperidone + M	SR/PL
<input type="checkbox"/> Buprénorphine	SR/PL	<input type="checkbox"/> Fluoxétine + M	SR/PL	<input type="checkbox"/> Sertraline	SR/PL
<input type="checkbox"/> Bupropion + M	SR/PL	<input type="checkbox"/> Imipramine + M	SR/PL	<input type="checkbox"/> Trazodone	SR/PL
<input type="checkbox"/> Chlorpromazine + M	SR/PL	<input type="checkbox"/> Lorazépam	SR/PL	<input type="checkbox"/> Trimipramine + M	SR/PL
<input type="checkbox"/> Citalopram / Escitalopram	SR/PL	<input type="checkbox"/> Méthadone	SR/PL	<input type="checkbox"/> Venlafaxine + M	SR/PL

TOXICOLOGIE

<input type="checkbox"/> Dépistage toxicologique (n'inclut pas les alcools toxiques) (qualitatif)	PL/SR/SG/U	<input type="checkbox"/> Dépistage immunoenzymatique (qualitatif + confirmation réflexe)	U	<input type="checkbox"/> Confirmation drogues/psychoactifs (quantitatif)	U
<input type="checkbox"/> + confirmation (quantitatif)		<input type="checkbox"/> Amphétamines		<input type="checkbox"/> Alcools volatils (EtOH, MeOH, ISOP, ACETONE)	
Substance(s) ciblée(s) : _____		<input type="checkbox"/> Barbituriques		<input type="checkbox"/> Amphétamines	
<input type="checkbox"/> Dépistage toxicologique partiel	PL/SR/SG/U	<input type="checkbox"/> Benzodiazépines		<input type="checkbox"/> Benzodiazépines	
<input type="checkbox"/> Profil Barbituriques		<input type="checkbox"/> Méthadone (EDDP) (sans confirmation)		<input type="checkbox"/> Cannabinoïdes	
<input type="checkbox"/> Profil Drogues du viol		<input type="checkbox"/> Fentanyl		<input type="checkbox"/> Cocaine + M	
<input type="checkbox"/> Profil Opioides haute-sensibilité		<input type="checkbox"/> Opicés		<input type="checkbox"/> Éthylène glycol	SG/SR/PL
<input type="checkbox"/> Profil Phénothiazines		<input type="checkbox"/> Oxycodone		<input type="checkbox"/> Fentanyl + M	SR/PL/U
Voir F-11-71, F-11-72 et F-11-109 pour substances et seuils		<input type="checkbox"/> PCP		<input type="checkbox"/> GHB	SG/SR/PL/U
Autres dépistages		<input type="checkbox"/> Cannabis (THC-COOH)		<input type="checkbox"/> Héroïne (6-acétylmorphine)	U
<input type="checkbox"/> Buprénorphine + M	U	<input type="checkbox"/> Méthadone/EDDP		<input type="checkbox"/> Méthadone/EDDP	U
<input type="checkbox"/> Cocaine + M *tube gris	SG/SR/PL	<input type="checkbox"/> Opicés		<input type="checkbox"/> Opicés	U
		<input type="checkbox"/> Éthylglucuronide	U	<input type="checkbox"/> PCP	SR/PL/U
		<input type="checkbox"/> Lévomisole	U	<input type="checkbox"/> THC-COOH total	U

CLIENT

Centre hospitalier : _____ Code Postal : _____
 Adresse : _____ Permis : _____
 Médecin requérant : _____ Télécopieur : _____
 Téléphone : _____ Heure : _____
 Date prélèvement (aaaa/mm/jj) : _____

PATIENT

Prénom et nom : _____ DDN (aaaa/mm/jj) : _____
 RAMQ : _____
 # de dossier : _____
 # de référence client : _____

Nature de l'échantillon : Sang (SG)* Sérum (SR)* Plasma (PL)* Urine (U) Matériel non biologique (MN)
 *Favoriser le tube lavande à moins d'indication contraire

CONTAMINANTS ENVIRONNEMENTAUX

<input type="checkbox"/> Alkylphosphates	U	<input type="checkbox"/> Composés perfluorés	SR/PL	<input type="checkbox"/> Métabolites du benzène	U
<input type="checkbox"/> Bisphénol-A et analogues avec triclosan	U	<input type="checkbox"/> Cyanure	SG	<input type="checkbox"/> Métabolites des phtalates	U
<input type="checkbox"/> BPCs, pesticides organochlorés et PBDEs	SR/PL	<input type="checkbox"/> Hydroxy-HAPs	U	<input type="checkbox"/> Pyrèthrinoides	U

BIOCHIMIE

<input type="checkbox"/> T4 libre par dialyse à l'équilibre	SR	<input type="checkbox"/> Cholestérol libre et phospholipides	SR
---	----	--	----

AUTRES ANALYSES

Enquête épidémiologique – surdose
 SVP spécifiez la région en envoyez le formulaire propre à votre région : _____

Autre analyse demandée : _____