


PATIENT	REQUÉRANT
Nom - Adresse _____ _____ _____	Nom du requérant : _____
Tél. : _____ Cell. : _____	Fax : _____ Tel. : _____
Date de naissance : _____	Licence : _____
	Signature requise : _____ Prescrit le : _____

BILANS	MICROBIOLOGIE	AUTRES ANALYSES
<input type="checkbox"/> Créatinine (eGFR) <input type="checkbox"/> Électrolytes (Na, K, Cl) <input type="checkbox"/> HbA1c <input type="checkbox"/> Thyroïdien en cascade <small>(TSH, T4 libre si TSH anormale, T3 libre si TSH abaissée et T4 libre normale)</small> <input type="checkbox"/> Bilan lipidique** (Cholesterol, triglycérides, HDL, LDL, ApoB, CHNon-HDL) <input type="checkbox"/> Hépatique (Albumine, ALP, ALT, AST, bilirubine totale, GGT, LDH)	<input type="checkbox"/> Analyse d'urine <input type="checkbox"/> Analyse microbiologique des selles <small>par PCR (Multiplex pathogenes enteriques)</small> <input type="checkbox"/> Culture des selles x _____ <input type="checkbox"/> Oeufs et Parasites selles x _____ <input type="checkbox"/> Bactériologie gorge par PCR <small>(remplace culture de gorge)</small> <input type="checkbox"/> Chlam. / Gonorr. (urine) PCR <input type="checkbox"/> Chlam. / Gonorr. (genital) PCR (♀) <input type="checkbox"/> Culture d'urine <input type="checkbox"/> Culture des secretions vaginales <input type="checkbox"/> Culture _____ <input type="checkbox"/> Culture Gonorrhée <input type="checkbox"/> Helicobacter pylori (haleine)*** <input type="checkbox"/> Influenza A/B et VSR <input type="checkbox"/> PCR multiplex respiratoire <small>(Influenza, SARS-CoV-2 et autres)</small>	<input type="checkbox"/> ECG avec interprétation <input type="checkbox"/> Provoction bronchique <small>à la métacholine</small> <input type="checkbox"/> MAPA / MATA <input type="checkbox"/> Taux Sérique médicament : _____ <input type="checkbox"/> Holter/ECG dynamique <input type="checkbox"/> Spirométrie simple <input type="checkbox"/> Spirométrie pré/post-médication <input type="checkbox"/> Autres tests : _____ Renseignements cliniques : _____
HÉMATOLOGIE		PHARMACOGÉNÉTIQUE
<input type="checkbox"/> FSC - Formule sanguine complete (differ. incluse) <input type="checkbox"/> Fer (Fer sérique, Transferrine, % sat., ferritine) <input type="checkbox"/> PT INR <input type="checkbox"/> PTT (TCA)		<input type="checkbox"/> TDAH CES1 CYP2D6 LPHN3 TH CYP2B6 CYP3A4 POR
HÉPATITES		CARDIO
<input type="checkbox"/> Anti HBs <input type="checkbox"/> Anti HCV (hépatite C) <input type="checkbox"/> HAV totaux (hépatite A)		<input type="checkbox"/> CYP2C9 CYP2D6 VKORC1 CYP2C19 SLCO1B1
BIOCHIMIE		SANTÉ MENTALE
<input type="checkbox"/> Acide folique <input type="checkbox"/> Acide urique <input type="checkbox"/> Albumine <input type="checkbox"/> ALP <input type="checkbox"/> ALT <input type="checkbox"/> Amylase <input type="checkbox"/> Anti-transglutaminase + IgA <input type="checkbox"/> Anti-thyroïdiens <input type="checkbox"/> Apolipoprotéine A <input type="checkbox"/> Apolipoprotéine B (Apo-B) <input type="checkbox"/> AST <input type="checkbox"/> B-hCG <input type="checkbox"/> Bilirubine directe <input type="checkbox"/> Bilirubine totale <input type="checkbox"/> Calcium <input type="checkbox"/> Calcium ionisé <input type="checkbox"/> Cholestérol total	<input type="checkbox"/> CK <input type="checkbox"/> CO2 <input type="checkbox"/> Créatinine (eGFR) <input type="checkbox"/> CRP ultra-sensible <input type="checkbox"/> CTX (C-télopeptides)* <input type="checkbox"/> Fer sérique <input type="checkbox"/> Ferritine <input type="checkbox"/> Fructosamine <input type="checkbox"/> FSH / LH <input type="checkbox"/> GGT <input type="checkbox"/> Glycémie * <input type="checkbox"/> HbA1c <input type="checkbox"/> Homocystéine <input type="checkbox"/> K - potassium <input type="checkbox"/> LDH <input type="checkbox"/> Lipase <input type="checkbox"/> Lithium	<input type="checkbox"/> Magnésium <input type="checkbox"/> Microalbuminurie miction (RAC) <input type="checkbox"/> Na - sodium <input type="checkbox"/> Oestradiol <input type="checkbox"/> Phosphore <input type="checkbox"/> Prolactine <input type="checkbox"/> PSA / APS <input type="checkbox"/> PSA / APS cascade <small>(PSA libre si PSA totale &gt; 2.0)</small> <input type="checkbox"/> T3 libre <input type="checkbox"/> T4 libre <input type="checkbox"/> Testostérone bio. <input type="checkbox"/> Testostérone totale <input type="checkbox"/> Triglycérides ** <input type="checkbox"/> Urée <input type="checkbox"/> Vitamine B12 <input type="checkbox"/> Vitamine D (25 hydroxy)
		DOULEUR
		<input type="checkbox"/> CYP1A2 CYP2B6 CYP2D6 CYP3A4 CYP2C19 POR
		TOUS LES PROFILS
		TDAH, SANTÉ MENTALE, CARDIO, DOULEUR <b>+ CYP3A5</b>
		Comment commander un test pharmacogénétique?
		Le patient peut commander son bilan en ligne au <a href="http://biron.com/pharmacogenetique">biron.com/pharmacogenetique</a>
		

**REMARQUES**

Légende		
* Jeûne de 8 heures, eau permise	**Jeûne de 12 heures Eau permise, pas d'alcool 24 avant le prélèvement	***Jeûne de 3 heures Sans boire