RÉSEAU DE SANTÉ Horizon HEALTH NETWORK

Saint John Area General Requisition

COMPLETE ALL FIELDS LEGIBLY

FRONT

Schedule your Bloodwork online
HorizonNB.ca/Laboratory
Prenez rendez-vous dès maintenant en ligne
HorizonNB.ca/Laboratoire

REQUISITION DATE: **Reoccurring/Standing Order Frequency:** **(max. 1 year)**

Appointment Priority: ❒ **Routine** ❒ **Urgent** ❒ **STAT**

Patient Information / Renseignements sur le patient

Patient's Full Name / Nom complet du patient:
Last, First / nom de famille, prénom

DOB/DDN: (DD/ MM/ YYYY) (JJ/MM/AAAA) **Sex/Sexe:**

NB Medicare/
N° d'assurance-maladie du N.-B. :

Expiry Date/
Date D'experiation:

If No Medicare, All Info Below Required/
En l'absence d'assurance-maladie, tous les renseignements ci-dessous sont requis.

Other Unique ID# (please specify)/
Autre n° d'identification unique (veuillez préciser) :

Full Patient Address (with postal code)/
Adresse complète du patient (avec le code postal)

Provider Information/Renseignements sur les fournisseurs de soins

❒ **Non-insured: Horizon Staff** ❒ **Non-insured: Private Practice**

Ordering Provider/
Fournisseur de soins ayant demandé le spécimen:

(First & last name, specialty, contact information)
(Nom et prénom, spécialité, coordonnées)

Copies to Provider(s)/Copies aux fournisseur(s) de soins :

(First & last name, specialty, contact information)
(Nom et prénom, spécialité, coordonnées)

Clinical & Medication Information/Renseignements cliniques et sur les médicaments :

NOTE: Specimens MUST be labelled with patient's full name, Medicare number, date and time, Phlebotomist Identification

Collection Date:		**Time:**		**Collection Location:**	
Collected By:				**Full Signature:**	

HAEMATOLOGY/ FLOW CYTOMETRY/ IMMUNOLOGY

- ❒ CBC and DIFF
- ❒ Reticulocyte Count
- ❒ ESR
- ❒ D-Dimer
- ❒ Mono Test
- ❒ PT/INR
- ❒ APTT
- ❒ Platelet Function Screen
- ❒ Fibrinogen
- ❒ Immunocompetence Profile CD4 Count
- ❒ Immunophenotyping
- ❒ ANA
- ❒ ENA
- ❒ CCP
- ❒ DNA (dsDNA Antibody)
- ❒ ACA
- ❒ Beta-2 Glycoprotein 1
- ❒ Cytoplasmic antibodies (AMA, APCA, ASMA)

List anticoagulants:

PRENATAL WORKUP

- ❒ Prenatal routine serology:(Syphilis, Rubella IgG, HBsAg, HIV screen)
- ❒ Prenatal Transfusion Medicine:(ABO, Rh, Antibody detection) Due Date:

MICROBIOLOGY

- ❒ Bloodborne Pathogen Panel (Syphilis, HBsAg, HIV screen, HCV)
- ❒ Hepatitis B Surface Antigen (HBsAg)
- ❒ Hepatitis B Surface Antibody (immune status)
- ❒ Hepatitis C Antibody (HCV)
- ❒ HIV 1,2 Antigen/Antibody Screen
- ❒ Syphilis Serology
- ❒ Hepatitis A IgM Antibody
- ❒ Hepatitis A IgG Antibody
- ❒ Total Hepatitis B Core Antibodies (IgG,IgM)
- ❒ HCV Viral Load
- ❒ HCV Viral Load and Genotype
- ❒ HIV Viral Load
- ❒ Hepatitis B Viral Load
- ❒ IGRA
- ❒ Serology IRCC Panel (HIV, HBsAg, AntiHBS, Syphilis)

TRANSFUSION MEDICINE * This requisition MUST be signed with the first and last name of the phlebotomist and include the date and time of collection

❒ ABO, Rh, Antibody Detection
- ❒ Pregnant within the last 3 months ❒ Yes ❒ No
- ❒ Transfusion in the last 3 months ❒ Yes ❒ No

If yes, is there a history of transfusion problems?
Indicate:_____

Has the patient had any transplants ❒ Yes ❒ No
If yes, specify:_____

Blood Products

❒ Red Blood Cells- Number of units: _____
- ❒ Irradiation- Indication _____

❒ Platelets- Number of Units: _____
- ❒ Irradiation- Indication_____

❒ Other (specify): _____
Location of Transfusion:_____
Date/Time of Transfusion:_____

❒ Father's Blood-Mother's Name and Medicare Number:
_____
_____

❒ Cold Agglutinin titre
❒ Direct Antiglobulin Test

SPECIMEN COLLECTION CLINICS- Services are by APPOINTMENT ONLY. Please call ahead.
COLLECTE D'ÉCHANTILLONS - Les services se font UNIQUEMENT SUR RENDES-VOUS. Veuillez appeler a l'àvance.

Saint John Regional Hospital / Hôpital régional de Saint John St. Joseph's Hospital / Hôpital St. Joseph KV Health Services / Centre de santé de la VK Market Place Wellness / Centre de mieux-être Market Place	506-648-6681	Sussex Health Centre / Centre de santé de Sussex Charlotte County Hospital / Hôpital du comté de Charlotte	1-833-754-6681
		Campobello Island Health Centre / Centre de santé de Campobello	506-752-4100
Hope Wellness Centre / Centre H.O.P.E.	506-632-5695	Deer Island Clinic / Centre de santé de Deer Island	506-747-4150
Fundy Health Centre / Centre de santé de Fundy	506-456-4200	Grand Manan Hospital / Hôpital de Grand Manan	506-662-4060

Other (Specify):	**Ordering Provider's Stamp:**

RÉSEAU DE SANTÉ Horizon HEALTH NETWORK

Saint John Area General Requisition

If faxing, complete all mandatory

BACK

Schedule your Bloodwork online
HorizonNB.ca/Laboratory
Prenez rendez-vous dès maintenant en ligne
HorizonNB.ca/Laboratoire

Patient Information / Renseignements sur le patient

Patient's Full Name / Nom complet du patient :
Last, First / nom de famille, prénom

DOB/DDN: (DD/ MM/ YYYY) (JJ/MM/AAAA) **Sex/Sexe:**

NB Medicare/ N° d'assurance-maladie du N.-B. :

Expiry Date/ Date D'experiation:

If no NB Medicare # is present, see front page instructions/ En l'absence d'assurance-maladie, voir les instructions sur la première page.

Ordering Provider/ Fournisseur de soins ayant demandé le spécimen:
(First & last name, specialty, contact information)
(Nom et prénom, spécialité, coordonnées)

Copies to Provider(s)/Copies aux fournisseur(s) de soins :
First & last name, specialty, contact information)
(Nom et prénom, spécialité, coordonnées)

SERUM / PLASMA CHEMISTRY

- ❒ A1C
- ❒ ACTH+
- ❒ AFP
- ❒ Albumin
- ❒ Aldosterone
- ❒ Alkaline Phosphatase
- ❒ Alpha-1 Antitrypsin
- ❒ ALT
- ❒ Ammonia+
- ❒ ANCA
- ❒ ACE
- ❒ Acetaminophen
- ❒ B12
- ❒ β-HCG (Quantitative)
- ❒ B2 Microglobulin
- ❒ Bicarbonate (TCO2)
- ❒ Bilirubin Total
- ❒ NT-proBNP
- ❒ C1 Inhibitor+
- ❒ C3/C4 Complement
- ❒ CA 125
- ❒ CA 15-3
- ❒ CA 19-9
- ❒ Calcium
- ❒ Calcium Ionized
- ❒ Carbamazepine
- ❒ CEA
- ❒ Celiac Profile (tTG IgA)
- ❒ Ceruloplasmin
- ❒ CK
- ❒ Cortisol Random
- ❒ Cortisol AM
- ❒ Cortisol PM
- ❒ C-Peptide*
- ❒ Creatinine
- ❒ CRP
- ❒ Cryoglobulin**+
- ❒ Cyclosporin
- ❒ DHEAs
- ❒ Digoxin
- ❒ Electrolytes (Na, K, Cl)
- ❒ Estradiol
- ❒ Ferritin
- ❒ Folate*
- ❒ FSH / LH
- ❒ GBM
- ❒ Gentamicin Random
- ❒ Gentamicin Peak
- ❒ Gentamicin Trough
- ❒ Glucose Fast*
- ❒ Glucose Random
- ❒ Growth Hormone
- ❒ Haptoglobin
- ❒ Homocysteine+
- ❒ Immunoglobulins
- ❒ IgE
- ❒ IGF-1
- ❒ Insulin Fasting*
- ❒ Iron Panel (Fe, IBC, Sat, Ferritin Ferritin)*
- ❒ Lactate+
- ❒ LDH
- ❒ Lead (whole blood)
- ❒ Lipase
- ❒ Lipid Profile-Fasting**
- ❒ Lipid Profile- Non-Fasting
- ❒ Lithium
- ❒ Magnesium
- ❒ Methotrexate+
- ❒ Osmolality
- ❒ Phenobarbital
- ❒ Phenytoin
- ❒ Phosphate
- ❒ Prealbumin
- ❒ Prolactin
- ❒ Protein Electrophoresis
- ❒ Protein Total
- ❒ PSA Total
- ❒ PTH
- ❒ Renin+
- ❒ Rheumatoid Factor
- ❒ Tacrolimus
- ❒ Testosterone
- ❒ Testosterone Bioavailable
- ❒ Theophylline
- ❒ Thyroglobulin
- ❒ Tobramycin
- ❒ Total Bile Acids*
- ❒ Transferrin
- ❒ TSH (with reflex to FT4)
- ❒ tTG Ab
- ❒ Urea
- ❒ Uric Acid
- ❒ Valproate
- ❒ Vancomycin
- ❒ Vitamin D (25-OH)

URINE RANDOM

Collection time & date must be on specimen container

- ❒ Urinalysis
- ❒ Urine C&S:
  - ❒ MSU/Clean Catch
  - ❒ Foley Catheter
  - ❒ Other:
- ❒ β-HCG (qualitative)
- ❒ Albumin/Creatinine Ratio
- ❒ Calcium
- ❒ Electrolytes (Na, K, Cl)
- ❒ GC & Chlamydia Screen (first void)
- ❒ Phosphate
- ❒ Protein/Creatinine Ratio
- ❒ Protein Electrophoresis
- ❒ Tuberculosis (TB) (first void)

❒ Urine Drug Screen
(Amphetamines, Benzodiazepines, Cocaine, Fentanyl, Opiates, Oxycodone)

Add on: ❒ Methadone Metabolite (EDDP) ❒ Buprenorphine ❒ THC

24 HOUR URINE

Collection time & date must be on specimen container

- ❒ Albumin
- ❒ Calcium
- ❒ Citrate
- ❒ Cortisol
- ❒ Creatinine
- ❒ Oxalate
- ❒ Phosphate
- ❒ Protein Total
- ❒ Protein Electrophoresis
- ❒ Urate (Uric Acid)
- ❒ Electrolytes (Na, K, Cl)
- ❒ Creatinine Clearance

Collect blood & urine
Height: (cm): _____
Weight: (kg): _____

GLUCOSE TOLERANCE TESTING

- ❒ Gestational Diabetes-Screen: Non-Fasting 50g drink (1hr post)
- ❒ Gestational Diabetes-Diagnosis: 75g drink (Fasting, 1h & 2hr)*
- ❒ Diabetes Diagnosis: 75 g drink (Fasting, & 2 hr)*

STOOL and SPUTUM Specimens

Collection time & date must be on specimen container and requisition. These specimens are self-collected.

- ❒ Stool Culture
- ❒ Stool O&P Exam
- ❒ Stool H. Pylori
- ❒ Stool Viral Testing
- ❒ Sputum Culture
- ❒ Sputum TB Culture
- ❒ Sputum Fungal Culture

❒ **OTHER: please indicate:**

***8hrs fasting** ****12hrs fasting – Consume nothing by mouth during the fasting period. A small sip of water or ice is permissible /**
***8h jeune** ****12h jeune - Ne rein consommer oralement durant la période de jeune. Une petite gorge d'eau ou de glace est permise.**

Tests with + are collected at SJRH only / Les tests avec le signe + sont collectés uniquement à SJRH