

Identification du Patient :
Etiquette GR
ou

Nom :
Nom de naissance
Prénom :
NIP :

Date de Naissance :
 M F

Service : Tel :

Médecin prescripteur :

Nom du préleveur :

Date du prélèvement :

Heure du prélèvement :

Cadre réservé au Laboratoire

Nombre de spécimens :
Conformité de la demande
 oui non

Signature

BON A UTILISER UNIQUEMENT EN SEMAINE DE 7H A 19H

BIOCHIMIE (tél : 2 6478) - Merci de respecter le nombre et le type de tubes indiqués

Ionogramme / Chimie

1 tube vert / LH

- Na/K/Cl Créatinine Bilan Hépatique (γ GT-PAL-ASAT-ALAT) Albumine Urée
 Bicarbonates CRP LDH Acide Urique PCT
 Protéines Phosphore Bilirubine Totale Lipase Osmolalité (calculée)
 Calcium Magnésium CK Amylase

- Bilan Lipidique** : Cholestérol total Triglycérides EAL (Cholestérol total + LDL + HDL(calculé) + Triglycérides).
Bilan Martial : Ferritine Transferrine CST (Fer + Transferrine) CTST (Transferrine)
Marqueurs Cardiaques Troponine Hs (hsTnI) Myoglobine CK-MB

Hormonologie

1 tube jaune / Sec

- TSH Prolactine FSH Cortisol PTH (1-84)
 T3 libre Estradiol LH Folates 25OH Vitamine D
 T4 libre Progestérone Testostérone Vit B12 Test au synacthène : T0 / T30 / 60

Marqueurs biologiques

- ACE AFP CA 125 CA 15-3 CA 19-9 PSA hCG Totale Calcitonine (TCT)

- Protéines** : Haptoglobine Orosomucoïde Préalbumine

- Auto Immunité** : Ac anti-TPO Thyroglobuline (TG) / Ac anti-TG Ac anti-récepteur à la TSH (TRAK)

- Médicaments** : Amikacine Acide Valproïque Vancomycine Méthotrexate + heure d'administration : H.....

- Electrophorèse des protéines Préciser le traitement si Ac monoclonal thérapeutique / Immunothérapie : **1 tube jaune / Sec**

- Immunofixation Immunoglobulines (IgG, IgA, IgM) **1 tube jaune / Sec**
 Chaînes légères (sériques) β 2 microglobuline

Biochimie Divers :

1 tube par analyse

- Ciclosporine: (1 tube violet) Hb glyquée (HbA1c) (1 tube violet) BNP (1 tube violet)
 Calcium ionisé (1 tube jaune) IL6 (1 tube jaune) CGA (1 tube jaune)
 Glycémie (1 tube gris) ACTH (tube rose, aprotinine) Ammoniémie (NH3) (1 tube vert acheminé dans la glace)
 Ac urique si patient sous Fasturtec® : 1 tube vert / LH + KCN « Urico »+ Date et heure de dernière prise du fasturtec® :

Autres Liquides biologiques :

Tube plastique bouchon jaune

- Ascite (Protides + LDH + Albumine) LCR (Protides + Glucose) Liquide Pleural (Protides + LDH)
 Amylase + Lipase sur Liquide à préciser (Drain/Abdovac®/Red®n/etc.) :
 Autres liquides (à préciser): Autres analyses (à préciser):

Renseignements concernant le patient (clinique / traitement / protocole) CSP Art. L. 6211-8	Autres demandes	Signature du prescripteur
--	-----------------	---------------------------

Ionogramme urinaire / Chimie urinaire /24h			Diurèse :ml/24h			1 tube beige
<input type="checkbox"/> Ionogramme (Na/K/Cl/Créatinine)	<input type="checkbox"/> Calcium	<input type="checkbox"/> Phosphore	<input type="checkbox"/> Magnésium			
<input type="checkbox"/> Protéines Totales (+ratio P/Creat.)	<input type="checkbox"/> Urée	<input type="checkbox"/> Glucose	<input type="checkbox"/> Acide Urique			
<input type="checkbox"/> Amylase	<input type="checkbox"/> Microalbumine (+ratio A/Creat.)		<input type="checkbox"/> Osmolalité (calculée)			
<input type="checkbox"/> Immunofixation (Bence-Jones)		<input type="checkbox"/> hCG <i>Diagnostic Biologique de Grossesse (DBG)</i>				
<input type="checkbox"/> Clairance à la créatinine (renseignements obligatoires) (à associer à une créatininémie – dosage sanguin)						
Volume :..... ml		Durée :.....ml		Taille :..... cm		Poids :..... Kg
Catécholamines urinaires et dérivés					Urine des 24h, Volume minimum : 30 ml	
<input type="checkbox"/> VMA-HVA	<input type="checkbox"/> Catécholamines	<input type="checkbox"/> Métanéphrines	<input type="checkbox"/> 5-HIAA	Diurèse :ml/24h		

HEMATOLOGIE

HEMATOLOGIE CYTOLOGIE (tél : 2 6467)		HEMATOLOGIE IMMUNO (tél : 2 4069)		1 tube violet / EDTA
<input type="checkbox"/> Numération-Formule-Plaquettes (NFS)		<input type="checkbox"/> Numération CD 34 (adresser seul dans un sac rouge)		
<input type="checkbox"/> Frottis sanguin (formule microscopique)		<i>(cocher NFS systématiquement)</i>		
<input type="checkbox"/> Réticulocytes		<input type="checkbox"/> Numération lymphocytes CD4-CD8 (=T4T8, valeur absolue)		
<input type="checkbox"/> Schizocytes		<input type="checkbox"/> Numération lymphocytes T / B / NK (valeur absolue)		
<input type="checkbox"/> Vitesse de sédimentation (1 tube noir spécifique)				
<input type="checkbox"/> Numération des plaquettes sur citrate (1 tube bleu / citraté) (en cas d'agrégats sur EDTA)				
<input type="checkbox"/> Phénotypage lymphocytaire (1 tube violet / EDTA		Indication à préciser : <input type="checkbox"/> Essai clinique		
		<input type="checkbox"/> Diagnostic hémopathie lymphoïde		
<input type="checkbox"/> Phénotypage monocytaire (1 tube violet / EDTA de 5 ml)				
Autres Liquides biologiques (tube plastique bouchon jaune)				
<input type="checkbox"/> Numération (GB, GR, Hb, HT)				

HEMOSTASE (tél : 2 40-52)

1 tube bleu citraté à remplir obligatoirement

Renseignements OBLIGATOIRES

Si traitement HNF ou Calciparine, envoyer au laboratoire dans un sachet BLEU, délai d'acheminement dans l'heure

Absence de traitement anticoagulant <input type="checkbox"/>	Si anticoagulant -PER OS		Posologie / 24h
	Anti-vitamine K	<input type="checkbox"/> Préviscan® <input type="checkbox"/> Sintrom® <input type="checkbox"/> Autres	
	Anticoagulant Oraux (AOD)	<input type="checkbox"/> Xarelto®(Rivaroxaban) <input type="checkbox"/> Eliquis®(Apixaban) <input type="checkbox"/> Pradaxa®(Dabigatran)	
Si anticoagulant - HBPM		Si anticoagulant - HNF	
Innohep®	Si détermination de l'activité Anti Xa, prélever :4 à 6 h après l'injection	Nombre d'injection par jour	Posologie /24h
Lovenox®			
Heure dernière injection :		Heure dernière injection :	

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Temps de Quick – TP(%) –INR | <input type="checkbox"/> TCK | <input type="checkbox"/> Fibrinogène |
| <input type="checkbox"/> Cofacteurs II –V – VII –X | <input type="checkbox"/> Complexes solubles (CIVD) | <input type="checkbox"/> D Dimères (exclusion de thromboses) |
| <input type="checkbox"/> Activité Anti-Xa pour HBPM | <input type="checkbox"/> Cofacteurs VIII – IX – XI – XII | <input type="checkbox"/> Protéine C |
| <input type="checkbox"/> Activité Anti-Xa pour HNF | <input type="checkbox"/> Facteur Willebrand (Ag) | <input type="checkbox"/> Protéine S |
| | <input type="checkbox"/> Recherche d'anticoagulant circulant | <input type="checkbox"/> Antithrombine (ATIII) |