

**Tél. 02 51 53 29 33 • Fax : 02 51 53 29 32**
**Demande d'analyses effectuées sur le site du CHD**

<b>Identification patient</b> Nom d'usage : Nom de naissance : Prénom : Date de naissance : Sexe :	<b>Service :</b>  <b>Prescripteur :</b> Signature :	<b>Date du prélèvement :</b> <b>Heure de prélèvement :</b> <b>Préleveur :</b> <input type="checkbox"/> Prélèvement difficile <input type="checkbox"/> En artériel <input type="checkbox"/> Sur Nexiva <input type="checkbox"/> Sur sang de cordon
---	--	---

<b>Renseignements cliniques :</b> <input type="checkbox"/> Grossesse <input type="checkbox"/> Autres :	<input type="checkbox"/> À jeun <input type="checkbox"/> Non à jeun
---	--

**Nombre de tubes à prélever :** Une ou plusieurs analyses dans : **1 même pavé coloré = 1 tube**  
**2 pavés colorés (y compris de la même couleur) = 2 tubes, ...**

1 tube EDTA	1 tube Citrate	1 tube supplémentaire (respecter niveau de remplissage)
<b>Hématologie</b>	<b>Hémostase</b>	<b>Hémostase</b>
<b>Cytométrie</b>		<b>Traitement (à renseigner impérativement)</b>
<input type="checkbox"/> Lymphocytes T : T4, T8 <input type="checkbox"/> Lymphocytes T, B, NK <input type="checkbox"/> Immunophénotypage des lymphocytes anormaux <b>Renseignements cliniques :</b> ..... <input type="checkbox"/> Kleihauer : Prévention anti-D <input type="checkbox"/> Traumatisme <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <b>Activité anti-Xa :</b> <input type="radio"/> HNF en continu <input type="radio"/> HNF/HBPM discontinu : préciser : <b>Molécule :</b> ..... <b>H prélevt :</b> ..... <b>H iniection :</b> .....	<input type="checkbox"/> ACC <input type="checkbox"/> Thrombose (AT, PC, PS) <input type="checkbox"/> Facteurs II, VII, X <input type="checkbox"/> Facteurs VIII, IX, XI <input type="checkbox"/> PFA <b>sur RDV</b> <input type="checkbox"/> CIVD ..... ..... ..... <input type="radio"/> Absence de traitement <input type="radio"/> AVK <input type="radio"/> Arrêt AVK <input type="radio"/> Relais héparine-AVK <input type="radio"/> AOD : préciser ..... <input type="radio"/> HNF : préciser ..... <input type="radio"/> HBPM : préciser .....

1 tube sec AVEC gel bien rempli
<b>Sérologie</b>
<b>VIH :</b> <input type="checkbox"/> Dépistage <input type="checkbox"/> Confirmation (blot) <b>Hépatite A :</b> <input type="checkbox"/> Ac totaux (ctl immunité) <input type="checkbox"/> IgM (infection aigüe) <b>Hépatite B :</b> <input type="checkbox"/> Ag HBs, Ac anti HBc, Ac anti HBs (diagnostic) <input type="checkbox"/> Ac anti HBs Immunité pré/post vaccinale <input type="checkbox"/> Ag HBs, Ac anti HBs (Contrôle guérison) <input type="checkbox"/> Ag HBs (Grossesse) <input type="checkbox"/> Ag HBs, Ag HBe, Ac anti-HBe (suivi HBV chronique) <input type="checkbox"/> <b>Hépatite C</b> <b>Hépatite E :</b> <input type="checkbox"/> IgM <input type="checkbox"/> <b>Toxoplasmose :</b> Grossesse <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="checkbox"/> <b>Rubéole (IgG)</b> <input type="checkbox"/> <b>EBV</b> <input type="checkbox"/> <b>CMV (IgG, IgM)</b> <input type="checkbox"/> <b>Parvovirus B19</b> <input type="checkbox"/> <b>Syphilis (BW)</b> Traitement <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="checkbox"/> <b>Lyme</b> <input type="checkbox"/> <b>Rougeole (IgG)</b> <input type="checkbox"/> <b>VZV (IgG)</b> <input type="checkbox"/> <b>Tétanos *</b> AES : utiliser les bons de prescriptions spécifiques
<b>Protéines</b>
<input type="checkbox"/> Electro protéines <input type="checkbox"/> Immuno fixation <input type="checkbox"/> Chaînes légères libres
<b>Oncologie</b>
<input type="checkbox"/> ACE <input type="checkbox"/> AFP <input type="checkbox"/> CA15-3 <input type="checkbox"/> PSA <input type="checkbox"/> CA 125 <input type="checkbox"/> CA19-9 <input type="checkbox"/> Beta 2 microglobuline <input type="checkbox"/> Thyroglobuline <input type="checkbox"/> Anti TG
<b>Hormonologie</b>
<input type="checkbox"/> PTH <input type="checkbox"/> HGH
<b>Vitamines</b>
<input type="checkbox"/> B12 <input type="checkbox"/> Folates

1 tube hépariné
<b>Protéines - Vitamines</b>
<input type="checkbox"/> Préalbumine <input type="checkbox"/> IgG, IgA, IgM <input type="checkbox"/> C3 <input type="checkbox"/> C4 <input type="checkbox"/> 25 OH vit D2, D3 <input type="checkbox"/> Myoglobine
<b>Hormonologie</b>
<input type="checkbox"/> C peptide <input type="checkbox"/> Cortisol <input type="checkbox"/> FSH <input type="checkbox"/> LH <input type="checkbox"/> Estradiol <input type="checkbox"/> Prolactine
<b>Toxicologie</b>
<input type="checkbox"/> Benzodiazépine (Rech) <input type="checkbox"/> Tricycliques (Rech)

1 tube sec AVEC gel bien rempli
<b>Auto-immunité</b>
<input type="checkbox"/> ANCA <input type="checkbox"/> Ac anti phospholipides : anti cardiolipines et anti béta 2 GP1 <input type="checkbox"/> Ac anti-nucléaire AAN ( <i>Ac anti-Ag solubles et Anti-DNA effectués si AAN positifs</i> ) <input type="checkbox"/> Facteurs rhumatoïdes <input type="checkbox"/> Anti TPO <input type="checkbox"/> Autres :

1 tube EDTA
<input type="checkbox"/> ACTH ( <b>glace</b> ) Acheminement <b>IMMEDIAT</b> <input type="checkbox"/> Myélogramme <b>sur RDV</b> <b>Indications :</b> .....

**Autres examens et renseignements cliniques :**

---