

Prescription d'analyses médicales

Nom :  
 Né (e) :  
 Prénom :  
 Date de naissance : \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Sexe : M / F  
 Chambre :  
 N° de séjour  
 Médecin :

Transmission des résultats :  
 Service .....  
 Dr .....  
 Dr .....

Echantillon(s) prélevé(s) :  
 Sec Préleveur :  
 EDTA  
 Citrate Date :  
 Héparine Heure :  
 Fluore  
 Autre : .....

Délais demandés :  
 NORMAL 4H (Sachet vert)  
 PRIORITAIRE (Sachet jaune) Résultats pour .....h.....– Motif : .....  
 URGENCE VITALE 2H (Sachet rouge)  
 Appel laboratoire à .....H..... Interlocuteur : .....

Etiquette de prélèvement

Renseignements cliniques :  
 BILAN DE CONTRÔLE (Bilan sans particularité)  
 BILAN DE DIAGNOSTIC (Signe clinique): .....  
 BILAN DE SUIVI (Traitement, pathologie, grossesse) : .....

Tube EDTA	<input type="checkbox"/> Identification RAI positives <input type="checkbox"/> Épreuve de compatibilité
-----------	--

Tube EDTA	Groupe <input type="checkbox"/> 1 <sup>ère</sup> détermination <input type="checkbox"/> 2 <sup>ème</sup> détermination	<input type="radio"/> Absence de transfusion dans les 4 derniers mois <input type="radio"/> Dernière transfusion le ...../...../..... <input type="radio"/> Greffe de Moelle osseuse
	<input type="checkbox"/> RAI Rhophylac injecté le ...../...../.....	
	<input type="checkbox"/> Kleihauer	
	<input type="checkbox"/> NFS – Plaquettes <input type="checkbox"/> Plaquettes <input type="checkbox"/> VS	

Sec	<input type="checkbox"/> PCR
-----	------------------------------

Tube Citrate	<input type="checkbox"/> TP – INR (Traitement : .....) <input type="checkbox"/> TCA (Traitement : .....) <input type="checkbox"/> FIBRINOGENE <input type="checkbox"/> HEPARINEMIE (Traitement : .....à H ) <input type="checkbox"/> D – DIMERES
--------------	--

Tube Sec	<input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> HEPATITE C <input type="checkbox"/> HEPATITE B <input type="checkbox"/> RUBEOLE <input type="checkbox"/> BW <input type="checkbox"/> TOXO
	<input type="checkbox"/> PSA T/L <input type="checkbox"/> ACE <input type="checkbox"/> AFP <input type="checkbox"/> CA 15-3 <input type="checkbox"/> CA 125 <input type="checkbox"/> CA 19-9

Tube Sec	<input type="checkbox"/> GLYCEMIE <input type="checkbox"/> CREATININE (Poids .....Kg) <input type="checkbox"/> UREE <input type="checkbox"/> IONO COMPLET <input type="checkbox"/> POTASSIUM <input type="checkbox"/> CALCIUM <input type="checkbox"/> PHOSPHORE <input type="checkbox"/> SGPT (ALAT) <input type="checkbox"/> SGOT (ASAT) <input type="checkbox"/> GGT <input type="checkbox"/> PHOSPHATASES ALCALINES <input type="checkbox"/> BILIRUBINE <input type="checkbox"/> LIPASE <input type="checkbox"/> LDH <input type="checkbox"/> TSH <input type="checkbox"/> HCG (DDR : .....) <input type="checkbox"/> CPK <input type="checkbox"/> TROPONINE <input type="checkbox"/> MYOGLOBINE <input type="checkbox"/> PRO - BNP
----------	--

<input type="checkbox"/> CBC Urinaire <input type="checkbox"/> Hémoculture Heure : ..... Traitement : .....
---

Autres analyses :

Nombre de cases cochées :

Date demandée de prélèvement : Nom et Signature du prescripteur : Date de prescription :