

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 pourh..... – Motif :
 URGENCE VITALE 2H (Sachet rouge)
 Appel laboratoire àH..... 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 ^{ère} détermination <input type="checkbox"/> 2 ^{ème} 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"/> NFS – Plaquettes <input type="checkbox"/> Plaquettes <input type="checkbox"/> VS	

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

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 (PoidsKg) <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 Renseignements cliniques obligatoires Heure : Traitement :
--

Autres analyses :

Nombre de cases cochées :

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