

<b>CH FALAISE LABORATOIRE</b>	<b>Liste des analyses nécessitant l'obtention de renseignements et documents particuliers</b>	<b>Réf : HC1-ENR01 Version : V10 Date : 20/08/2024 Page: 1/3</b>
-----------------------------------	---	--

Analyses ou catégories d'analyses	Renseignements à obtenir
<b>HEMOSTASE</b>	
TP/INR (sous traitement)	Préciser le traitement - AVK (Coumadine®, Préviscan®, Sintrom®, Warfarine®...) - Vitamine K - PPSB (Kaskadil ® et Octaplex®) - NACO-AOD (Xarelto ®, Pradaxa ®, Eliquis ®) (pas d'INR)
TCA sous traitement	- Type d'héparine - Précisez le traitement - Héparine standard ® IV (HNF) - Calciparine® (HNF) - HBPM (héparine de bas poids moléculaire) Lovenox®, Fraxiparine®, Fragmine®, Innohep® - NACO-AOD
Facteurs VIII, IX	Antécédents familiaux éventuels, traitement en cours si hémophilie
AntiXa HBPM	- Heure de la dernière injection - HBPM (nom)
<b>BIOCHIMIE - SEROLOGIE</b>	
Dosage de l'HCG	- Date des dernières règles
Gaz du sang	- Température - Ventilation (volume O2/min, FiO2...)
Dosage de médicaments	- Traitement en cours (avec date de début), posologie, fréquence et mode d'administration, date et heure de la dernière prise - Pour les dosages d'antibiotiques, préciser si pic, vallée ou continu (Vancomycine)
TSH, T4 libre	- Traitement par hormones thyroïdiennes, anti-thyroïdiens de synthèse, amiodarone (cordarone®)
Sérologies Toxoplasmose, Rubéole, CMV	- Notion de grossesse ? Si oui, date de l'accouchement
Cycles hormonaux et tests dynamiques	- Heures de prélèvement
Cycles glycémiques	- Heures de prélèvement
Sérologie COVID	- Présence ou non de symptômes si oui date d'apparition - Délai entre signes cliniques et date de prélèvement - RT-PCR fait si <b>OUI</b> Date et Résultat - Scanner évocateur COVID - Vaccination grippe saisonnière- Maladie auto-immune- Traitement immunosuppresseur- chimiothérapie

<b>CH FALAISE LABORATOIRE</b>	<b>Liste des analyses nécessitant l'obtention de renseignements et documents particuliers</b>	<b>Réf : HC1-ENR01 Version : V10 Date : 20/08/2024 Page: 2/3</b>
-----------------------------------	---	--

<b>IMMUNO-HEMATOLOGIE</b>	
Groupe sanguin et RAI Recherche d'anti-D résiduels	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nom de naissance</li> <li>- Date de l'injection d'anti-D</li> <li>- Contexte transfusionnel</li> </ul>

<b>Analyses ou catégories d'analyses</b>	<b>Renseignements à obtenir</b>
<b>BACTERIOLOGIE</b>	
Tout prélèvement	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Localisation du prélèvement</li> <li>- But de l'analyse (contrôle BMR éventuel)</li> <li>- Signes cliniques, notion de fièvre</li> <li>- Traitement antibiotique en cours</li> <li>- Notion de voyage,</li> <li>- Date et heure de prélèvement</li> </ul>
<b>ECBU</b>	
Adultes Enfants	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Antibiotique avant recueil</li> <li>- Fièvre &gt;38°C</li> <li>- Brulures mictionnelles</li> <li>- Pollakiurie</li> <li>- Douleurs lombaires</li> <li>- Grossesse en cours</li> <li>- Intervention chirurgicale programmée</li> </ul>
<b>PARASITOLOGIE, COPROCULTURE, MYCOLOGIE</b>	
Tout prélèvement	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Origine géographique</li> <li>- Déplacement et séjours effectués (date et durée)</li> <li>- Principaux signes cliniques : fièvre&gt;38°C, diarrhées, douleurs abdominales</li> <li>- Contact avec les animaux (parasito/myco)</li> <li>- Notion d'intoxication alimentaire</li> </ul>
Recherche de paludisme frottis, goutte épaisse	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Notion de voyage en pays tropical et durée, origine géographique, date du retour, Renseignements cliniques (fièvre, troubles digestifs, somnolence, splénomégalie), date du retour, chimioprophylaxie éventuelle (date de prise), traitement (date de prise)</li> </ul>
<b>ANALYSES GENETIQUES et HLA</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Recherche de gènes (mucovisidose, hémochromatose, facteur V leiden + mutation facteur II G20210A...)</li> <li>- - Caryotype, HLA</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Consentement éclairé du patient</li> <li>- Renseignements cliniques à remplir par le médecin prescripteur</li> <li>- idem</li> </ul>
<b>RECHERCHES MICROBIOLOGIQUES PAR PCR</b>	
<b>Dépistage du SARS-CoV-2 / RT PCR</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Téléphone du patient + adresse mail</li> <li>- Nom médecin traitant</li> <li>- Présence ou non de symptômes si oui date d'apparition</li> <li>- Type d'hébergement (individuel, hospitalisé, EHPAD, milieu carcéral, autre)</li> </ul>

<b>CH FALAISE LABORATOIRE</b>	<b>Liste des analyses nécessitant l'obtention de renseignements et documents particuliers</b>	<b>Réf : HC1-ENR01 Version : V10 Date : 20/08/2024 Page: 3/3</b>
-----------------------------------	---	--

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Professionnel de santé : oui – non</li> <li>- Traçabilité information si-dep remis au patient</li> <li>- Variant : Notion de voyage ou de contact avec un patient venant de l'étranger depuis moins de 14 jours</li> </ul>
<b>Test antigénique COVID -19</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vacciné / Ordonnance / Cas contact</li> <li>- Med traitant</li> <li>- Séjour étranger &lt;14J</li> <li>- Contact avec pers ayant séjourné à l'étranger &lt;14J</li> <li>- Pays visité</li> <li>- Délais apparition des symptômes</li> <li>- Professionnel de santé et service d'affectation</li> <li>- Type hébergement</li> <li>- Consentement et signature patient (transmission nominative des résultats dans SI-DEP)</li> </ul>
<b>Analyses envoyées dans un laboratoire extérieur</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Chromatographie des acides aminés sanguins ou urinaires et des acides organiques urinaires</li> <li>- Recherche de porphyries</li> <li>- Choc anaphylactique</li> <li>- Calcul urinaire</li> <li>- Ac anti-ADAMS 13</li> <li>- Ac anti-Interferon</li> <li>- Test respiratoire à l'urée 13C</li> <li>- Médicaments (CHU)</li> <li>- Electrophorèse de l'hémoglobine</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Formulaire de renseignements cliniques à remplir par le médecin prescripteur</li> <li>- idem</li> <li>- Renseignements cliniques et origine ethnique du patient + prélever une NFS</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Recherche de TIH (Thrombopénie Induite à l'Héparine)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Formulaire intitulé « Score de probabilité clinique de TIH » à remplir par le médecin prescripteur</li> </ul>