



C2-ENR101-BIOPOLE21 Version 3

Formulaire
Traçabilité des prélèvements des tests dynamiques

Date de mise en application : 2016-09-20

EPREUVE DE JEUNE

Le patient reste à jeun et au repos pendant toute la durée du test.

Nom et prénom : _____

Date de réalisation du test : _____

Nom de naissance : _____

Date de naissance : _____

Service et Chambre : _____

TEMPS	HEURE	PARAMETRE	PARAMETRE	PARAMETRE	PRELEVEUR	COMMENTAIRE
8H		GLY	INSULINE	PEPTIDE C		
12H		GLY	INSULINE			
16H		GLY	INSULINE			
20H		GLY	INSULINE			
24H		GLY	INSULINE			
4H		GLY	INSULINE			
8H		GLY	INSULINE	PEPTIDE C		

Une prescription par temps doit être faite soit 7 prescriptions pour ce test.

TEST DE RESTRICTION HYDRIQUE : Test réalisé sous surveillance médicale très stricte

Le patient est A JEUN à partir de 20h - NE PAS BOIRE. Insister pour que le patient urine à chaque fois.

Nom et prénom : _____

Date de réalisation du test : _____

Nom de naissance : _____

Date de naissance : _____

Service et Chambre : _____

Autant de prescriptions que de prélèvements à faire (sang et urines).
Attention, arrêt du test immédiat si perte de poids nette, si soif extrême, si fièvre, si volume urinaire stable.

Attention : si l'on doit arrêter le test avant 15h, faire injection de MINIRIN et 1h après prélever iono, osmolarité, hématoците et sur les urines faire diurèse, densité et osmolarité.

TEMPS	HEURE	PREL.	PARAMETRE	PARAMETRE	PARAMETRE	PARAMETRE	PARAMETRE	PARAMETRE	PRELEVEUR	COMMENTAIRE
de 20h à 24h		URINES	DIURESE	OSMOLARITE	DENSITE					
de 24h à 7h		URINES	DIURESE							
de 7h à 8h		URINES	DIURESE	OSMOLARITE	DENSITE	IONO				
8h		SANG	HEMATOCRITE	OSMOLARITE	ADH PLASMA	IONO	GLY	UREE		
de 8h à 9h		URINES	DIURESE	OSMOLARITE	DENSITE					
9h		SANG		OSMOLARITE		IONO	GLY	UREE		
de 9h à 10h		URINES	DIURESE	OSMOLARITE	DENSITE					
10h		SANG		OSMOLARITE		IONO	GLY	UREE		
de 10h à 11h		URINES	DIURESE	OSMOLARITE	DENSITE					
11h		SANG		OSMOLARITE		IONO	GLY	UREE		
de 11h à 12h		URINES	DIURESE	OSMOLARITE	DENSITE					
12h		SANG	HEMATOCRITE	OSMOLARITE		IONO	GLY	UREE		
de 12h à 13h		URINES	DIURESE	OSMOLARITE	DENSITE					
13h		SANG		OSMOLARITE		IONO	GLY	UREE		
de 13h à 14h		URINES	DIURESE	OSMOLARITE	DENSITE					
14h		SANG		OSMOLARITE		IONO	GLY	UREE		
de 14h à 15h		URINES	DIURESE	OSMOLARITE	DENSITE					
15h		SANG	HEMATOCRITE	OSMOLARITE	ADH PLASMA	IONO	GLY	UREE		
Injection par l'IDE de MINIRIN en voie sous cutanée (1µg si poids entre 20 et 30kg ; 2µg entre 30 et 50kg ; 4µg si supérieur à 50kg)										
de 15h à 16h		URINES	DIURESE	OSMOLARITE	DENSITE					
16h		SANG	HEMATOCRITE	OSMOLARITE		IONO	GLY	UREE		

TEST AU DECTANCYL MINUTE

Nom et prénom : _____

Date de réalisation du test : _____

Nom de naissance : _____

Date de naissance : _____

Service et Chambre : _____

TEMPS	HEURE	PARAMETRE	PARAMETRE	PRELEVEUR	COMMENTAIRE
JO (8h)		CORTISOL	ACTH		
<i>L'IDE donne au patient 2 comprimés de Dexamethasone 500mg à 23h45</i>					
J+1 (8h)		CORTISOL	ACTH		

Une prescription par temps doit être faite soit 2 prescriptions pour ce test.

HGPO SUR 3H OU SUR 5H

Le patient reste à jeun et au repos pendant toute la durée du test.

Nom et prénom : _____

Date de réalisation du test : _____

Nom de naissance : _____

Date de naissance : _____

Service et Chambre : _____

Pour HGPO sur 3 heures : les analyses GH et INSULINE sont faites ou non en fonction de la prescription.

Pour HGPO sur 5h : l'analyse INSULINE est réalisée toutes les heures, l'analyse GH +/- peptide C sont réalisées en fonction de la prescription.

TEMPS	HEURE	PARAMETRE	PARAMETRE	PARAMETRE	PARAMETRE	PRELEVEUR	COMMENTAIRE
T0		GLY	+/- INSULINE	+/- GH	+/- Peptide C		
<i>Ingestion par le patient de 75g de glucose apporté par le Laboratoire</i>							
T30		GLY					
T60		GLY	+/- INSULINE	+/- GH			
T90		GLY					
T120		GLY	+/- INSULINE	+/- GH			
T150		GLY					
T180		GLY	+/- INSULINE	+/- GH			
<i>En plus pour une HGPO sur 5 heures.</i>							
T210		GLY					
T240		GLY	INSULINE	+/- GH			
T270		GLY					
T300		GLY	INSULINE	+/- GH	+/- Peptide C		

Une seule prescription est faite pour l'ensemble de ce test.

LH-RH (seule)

Le patient reste à jeun et au repos pendant toute la durée du test.

Nom et prénom : _____

Date de réalisation du test : _____

Nom de naissance : _____

Date de naissance : _____

Service et Chambre : _____

TEMPS	HEURE	PARAMETRE	PARAMETRE	PRELEVEUR	COMMENTAIRE
T0		FSH	LH		
<i>Injection par l'IDE en IV d'1 ampoule de LH apportée par le laboratoire</i>					
T15		FSH	LH		
T30		FSH	LH		
T60		FSH	LH		
T120		FSH	LH		

Une seule prescription est faite pour l'ensemble de ce test

LH-RH couplé à la TRH

Le patient reste à jeun et au repos pendant toute la durée du test.

Nom et prénom : _____

Date de réalisation du test : _____

Nom de naissance : _____

Date de naissance : _____

Service et Chambre : _____

L'analyse PROLACTINE est faite ou non en fonction de la prescription.

TEMPS	HEURE	PARAMETRE	PARAMETRE	PARAMETRE	PARAMETRE	PRELEVEUR	COMMENTAIRE
T0		FSH	LH	TSH	+/- PROLACTINE		
<i>Injection par l'IDE en IV d'1 ampoule de LH puis d'1 ampoule de TRH apportées par le laboratoire (l'une après l'autre)</i>							
T15		FSH	LH	TSH	+/- PROLACTINE		
T30		FSH	LH	TSH	+/- PROLACTINE		
T60		FSH	LH	TSH	+/- PROLACTINE		
T120		FSH	LH	TSH	+/- PROLACTINE		

Une seule prescription est faite pour l'ensemble de ce test.

LH-RH couplé à la TRH-PRIMPERAN

Le patient reste à jeun et au repos pendant toute la durée du test.

Nom et prénom : _____

Date de réalisation du test : _____

Nom de naissance : _____

Date de naissance : _____

Service et Chambre : _____

TEMPS	HEURE	PARAMETRE	PARAMETRE	PARAMETRE	PARAMETRE	PRELEVEUR	COMMENTAIRE
T0		FSH	LH	TSH	PROLACTINE		
<i>Injection par l'IDE en IV d'1 ampoule de LH puis d'1 ampoule de TRH apportées par le laboratoire (l'une après l'autre)</i>							
T15		FSH	LH	TSH	PROLACTINE		
T30		FSH	LH	TSH	PROLACTINE		
T60		FSH	LH	TSH	PROLACTINE		
<i>Injection par l'IDE en IV d'1 ampoule de 10mg de Métoclopramide (Primpéran) fournie par le service</i>							
T75					PROLACTINE		
T90					PROLACTINE		
T120		FSH	LH	TSH	PROLACTINE		

Une seule prescription est faite pour l'ensemble de ce test.

TEST A LA METOPIRONE

Nom et prénom : _____

Date de réalisation du test : _____

Nom de naissance : _____

Date de naissance : _____

Service et Chambre : _____

Attention, le composé S (ou 11 désoxycortisol) est une analyse HN, donc faire remplir le formulaire d'acceptation [C1-ENR02-BIOPOLE21-Enregistrement des demandes formulées oralement et des demandes HN](#).

TEMPS	HEURE	PARAMETRE	PARAMETRE	PARAMETRE	PRELEVEUR	COMMENTAIRE
JO (8h)		CORTISOL	ACTH	COMPOSE S		
<i>L'IDE donne tous les 2h (de 8h à 22h), 2 comprimés de Métyrapone fournis par le service</i>						
J+1 (8h)		CORTISOL	ACTH	COMPOSE S		

Une prescription par temps doit être faite soit 2 prescriptions pour ce test.

TEST AU SYNACTHENE

Le patient reste à jeun et au repos pendant toute la durée du test.

Nom et prénom : _____

Date de réalisation du test : _____

Nom de naissance : _____

Date de naissance : _____

Service et Chambre : _____

L'analyse 17OHP est faite ou non en fonction de la prescription.

TEMPS	HEURE	PARAMETRE	PARAMETRE	PRELEVEUR	COMMENTAIRE
T0 (8h)		CORTISOL	+/- 17OHP		
<i>Injection par l'IDE d'1 ampoule de Synacthène 0,25 fournie par le service</i>					
T60 (9h)		CORTISOL	+/- 17OHP		

Une seule prescription doit être faite pour l'ensemble du test.

TRH seul

Le patient reste à jeun et au repos pendant toute la durée du test.

Nom et prénom : _____

Date de réalisation du test : _____

Nom de naissance : _____

Date de naissance : _____

Service et Chambre : _____

Les analyses TSH et PROLACTINE sont faites ou non en fonction de la prescription.

TEMPS	HEURE	PARAMETRE	PARAMETRE	PRELEVEUR	COMMENTAIRE
T0		+/- TSH	+/- PROLACTINE		
<i>Injection par l'IDE en IV d'1 ampoule de TRH apportée par le laboratoire</i>					
T15		+/- TSH	+/- PROLACTINE		
T30		+/- TSH	+/- PROLACTINE		
T60		+/- TSH	+/- PROLACTINE		
T120		+/- TSH	+/- PROLACTINE		

Une seule prescription est faite pour l'ensemble de ce test.

TRH + PIMPERAN

Le patient reste à jeun et au repos pendant toute la durée du test.

Nom et prénom : _____

Date de réalisation du test : _____

Nom de naissance : _____

Date de naissance : _____

Service et Chambre : _____

TEMPS	HEURE	PARAMETRE	PARAMETRE	PRELEVEUR	COMMENTAIRE
T0		TSH	PROLACTINE		
<i>Injection par l'IDE en IV d'1 ampoule de TRH apportée par le laboratoire</i>					
T15		TSH	PROLACTINE		
T30		TSH	PROLACTINE		
T60		TSH	PROLACTINE		
<i>Injection par l'IDE en IV d'1 ampoule de Primperan fournie par la Clinique</i>					
T75			PROLACTINE		
T90			PROLACTINE		
T120		TSH	PROLACTINE		

Une seule prescription est faite pour l'ensemble de ce test.