

DEMANDE D'ANALYSES			
Réf. 153	Version 6		
Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Service :		
NOM : Prénom :	Date du pvt : Heure.....		
NOM de naissance:	Nom préleveur :		
Date de naissance :/...../.....	Renseignements cliniques lisibles :		
Nom Prescripteur :		
de la demande :	Traitement en relation avec le bilan :		
BIOCHIMIE SANG			
<input type="checkbox"/> Urée	<input type="checkbox"/> Bilirubine Totale <input type="checkbox"/> Bili con.	<input type="checkbox"/> Troponine <input type="checkbox"/> CPK <input type="checkbox"/> Nt-proBNP	Dernière prise de nourriture: Date _____ Heure _____
<input type="checkbox"/> Créatinine	<input type="checkbox"/> SGOT/SGPT <input type="checkbox"/> LDH <input type="checkbox"/> Amylase	<input type="checkbox"/> TSH <input type="checkbox"/> T4L	<input type="checkbox"/> Glycémie
<input type="checkbox"/> MDRD	<input type="checkbox"/> Lipase <input type="checkbox"/> Phos. Alc. <input type="checkbox"/> GGT	<input type="checkbox"/> Alcoolémie <input type="checkbox"/> Toxiques dépi. (adte, benzo) <input type="checkbox"/> Ammoniémie (dans la glace)	<input type="checkbox"/> Cycle glycémique <input type="checkbox"/> Hb glycosylée
<input type="checkbox"/> Cockroft (.....)	<input type="checkbox"/> Fer <input type="checkbox"/> Transferrine <input type="checkbox"/> CSS <input type="checkbox"/> Ferritine		<input type="checkbox"/> Cholestérol <input type="checkbox"/> H.D.L <input type="checkbox"/> L.D.L <input type="checkbox"/> Triglycérides
<input type="checkbox"/> Ions (protides A, K, Cl, RA)			<input type="checkbox"/> Protéines <input type="checkbox"/> Glucose <input type="checkbox"/> Urée <input type="checkbox"/> Créatinine <input type="checkbox"/> Clearance <input type="checkbox"/> Iono <input type="checkbox"/> Calcium <input type="checkbox"/> Phosphore
<input type="checkbox"/> CRP			Diurèse :
<input type="checkbox"/> Calcium			(pour analyse sur 24H00)
<input type="checkbox"/> Phosphore			
<input type="checkbox"/> Albumine			
<input type="checkbox"/> Ac. urique			
HEMATOLOGIE		HEMOSTASE	IMMUNOLOGIE
<input type="checkbox"/> Numération/plaquettes <input type="checkbox"/> Formule		Traitement : Aucun <input type="checkbox"/> ou : Posologie:	<input type="checkbox"/> BHCg dosage (DDR.....)
<input type="checkbox"/> Réticulocytes		<input type="checkbox"/> TP/INR <input type="checkbox"/> TCA <input type="checkbox"/> DDimères <input type="checkbox"/> Héparine <input type="checkbox"/> Fibrinogène <input type="checkbox"/> Anti Xa	Remplir une feuille spécifique pour toute demande de :
<input type="checkbox"/> VS			- Immuno-Hématologie (groupe sanguin, RAI, Coombs, ...)
AUTRES (analyses sous-traitées)			
voir manuel de prélèvement spécifique CERBA		réservé au laboratoire	
		ation saisie des	
		es	
		r :	

Renseigner la date, l'heure et le nom du préleveur pour la saisie informatique

A compléter obligatoirement de manière LISIBLE

Rayer la case si le patient n'a pas de traitement

Diurèse obligatoire pour les analyses sur des urines de 24h

Renseignements importants pour la bonne interprétation des résultats

A compléter obligatoirement

Ecrire si URGENT

Analyses réalisées au laboratoire du CH Emile Borel

Analyses sous traitées : Délai de rendu de résultat plus long