

DEMANDE D'ANALYSES BIOLOGIQUES

PATIENT

VIGNETTE

Nom : Prénom :
 Né(e) le : Sexe : M / F
 Adresse :

PRESCRIPTEUR

CACHET

Date : Signature :

Renseignements cliniques :

Copie pour : PATIENT - DOCTEUR
 Nombre d'analyses demandées :

URGENT : OUI NON

PRELEVEMENT

Prélevé le à H

Identification du préleveur :

Type de prélèvements

SEC		BOUCHON ROUGE
EDTA	<input checked="" type="checkbox"/>	BOUCHON MAUVE
HEPAR	<input type="checkbox"/>	BOUCHON VERT
COAG	<input checked="" type="checkbox"/>	BOUCHON BLEU
VS	<input checked="" type="checkbox"/>	BOUCHON NOIR
GAZO		SERINGUE
FLUORE	<input checked="" type="checkbox"/>	BOUCHON GRIS

ATTENTION: les analyses marquées € ou dépassant le maximum indiqué pourront être à charge du patient

HEMATOLOGIE

<input type="checkbox"/> HEMOGLOBINE	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> VS	<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> GLOB. ROUGES + HTC	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> LEUCOCONCENTRE	<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> GLOB. BLANCS	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> KLEIHAUER	<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> FORMULE	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> PARASITES (g. épaisse)	<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> PLAQUETTES	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ELECTRO. HEMOGLOB.	<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> RETICULOCYTES	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> RESISTANCE GLOBUL.	<input type="checkbox"/>
		(non centrifugé)	
<input type="checkbox"/> AC. FOLIQUE SERUM		<input type="checkbox"/> HAPTOGLOBINE	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> AC. FOLIQUE GR	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> G6PD	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> VITAMINE B12		<input type="checkbox"/> PYRUVATE KINASE	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> FERRITINE		<input type="checkbox"/> PONCTION MEDULLAIRE	
<input type="checkbox"/> FER		<input type="checkbox"/> CYTOLOGIE GANGLION.	
<input type="checkbox"/> TRANSFERRINE		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> CAP. FIX. FER			

HEMOSTASE

2 tubes si plus de 3 analyses

<input type="checkbox"/> TPS QUICK (PTT)	<u>ou</u>	<input type="checkbox"/> FIBRINOGENE	<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> TPS CEPHALINE ACT.			<input checked="" type="checkbox"/>
<u>Si CIVD, Sepsis, Insu.Hépat.</u>		<input type="checkbox"/> TPS QUICK (PTT) + FIBRINOGENE	<input checked="" type="checkbox"/>
<u>Ti fibrinolytique.</u>			
<u>Hémorr. post-partum :</u>		<input type="checkbox"/> D - DIMERES	<input checked="" type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> ANTICOAG. LUPUS	<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> FACTEUR VIII	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ANTI - CARDIOLIPINES	<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> FACTEUR V WILLEBRAND	<input checked="" type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> PFA	<input checked="" type="checkbox"/> (non centrifugé)		

BILAN THROMBOSE (Si ATCDS Familiaux)

<input type="checkbox"/> AT3	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> PROTEINE S	<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> PROTEINE C	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> APCR	<input checked="" type="checkbox"/>

IMMUNO-HEMATOLOGIE

<input type="checkbox"/> GROUPE ABO + D	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> COOMBS DIRECT	<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> DU	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> AGGLUT. IRREGULIERES	<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> RHESUS CcEe	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> AGGLUT. FROIDES	
<input type="checkbox"/> ANTI AB IMMUNS	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> CRYOGLOBULINES	
		(6 petits tubes secs maintenus à 37°C)	

RESERVATION DE PRODUITS SANGUINS :

▶ La réservation est valable pour une durée maximale de 3 jours.
 ▶ Sauf urgence vitale, la délivrance du sang nécessite 2 déterminations de groupe.

NOMBRE DE POCHE :

DATE DE TRANSFUSION :

BILAN GLUCIDIQUE

GLYCEMIE ▼ | ACIDE LACTIQUE ▼ + glace

<input type="checkbox"/> GLYCEMIE ▼	<input type="checkbox"/> INSULINE	<input type="checkbox"/> C.PEPTIDE
(Minim.4)	(Max.3)	(Max.3)
PROFIL : h?	h?	h?
h?	h?	h?
h?	h?	h?
h?	h?	h?

HYPERGLYCEMIE PROVOQUEE :

<input type="checkbox"/> GLYCEMIE ▼	<input type="checkbox"/> INSULINE	<input type="checkbox"/> C.PEPTIDE
O 120'	O 180'	O 240' O 300'

SI PATIENT DIABETIQUE CONNU : Hb GLYCOSYLEE

O'SULLIVAN : ▼ O 60' après ingestion de 50g de glucose

CHIMIE DU SANG

<input type="checkbox"/> CHOLESTEROL	<input type="checkbox"/> UREE
<input type="checkbox"/> HDL CHOLESTEROL	<input type="checkbox"/> CREATININE
<input type="checkbox"/> TRIGLYCERIDES	<input type="checkbox"/> ACIDE URIQUE
<input type="checkbox"/> SODIUM	<input type="checkbox"/> BILL. TOT.
<input type="checkbox"/> POTASSIUM	<input type="checkbox"/> BILL. FRACT.
<input type="checkbox"/> CHLORE	
<input type="checkbox"/> CO2	<input type="checkbox"/> PROTEINES
<input type="checkbox"/> CALCIUM	<input type="checkbox"/> ELECTRO. PROTEINES
<input type="checkbox"/> PHOSPHORE	<u>ou</u> <input type="checkbox"/> ALBUMINE
<input type="checkbox"/> MAGNESIUM	
<input type="checkbox"/> OSMOLALITE	<input type="checkbox"/> IMMUNOFIXATION PROT.
<input type="checkbox"/> GAZ SANGUIN	<input type="checkbox"/> IgG <input type="checkbox"/> IgA <input type="checkbox"/> IgM
<input type="checkbox"/> CARBOXY. HB.	<input type="checkbox"/> IgE
	<input type="checkbox"/> C3 <input type="checkbox"/> C4
<input type="checkbox"/> CA IONISE	<input type="checkbox"/> A1 ANTITRYPSINE
	<input type="checkbox"/> CERULOPLASMIN
<input type="checkbox"/> NH4	<input checked="" type="checkbox"/> + glace
	<input type="checkbox"/> PREALBUMINE
	<input type="checkbox"/> CRP
<input type="checkbox"/> GOT	<input type="checkbox"/> GAMMA GT
<input type="checkbox"/> GPT	<input type="checkbox"/> PHOSPH. ALCALINES
<input type="checkbox"/> CPK	
<input type="checkbox"/> LDH	<input type="checkbox"/> AMYLASES <u>ou</u> <input type="checkbox"/> LIPASES
<input type="checkbox"/> TROPONINE	
<input type="checkbox"/> PROBPN Payant €	
<input type="checkbox"/> ACE	<input type="checkbox"/>

EPREUVES DIVERSES

Sur rendez-vous :

<input type="checkbox"/> Test au LACTOSE	<input type="checkbox"/> Test au D-XYLOSE
<input type="checkbox"/> Test à la PENTAGASTRINE	<input type="checkbox"/> Test à la SUEUR
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

MONITORING THERAPEUTIQUE

AMUKIN	<input type="checkbox"/> Vallée	<input type="checkbox"/> PHENOBARBITAL	Max. 3
	<input type="checkbox"/> Pic	<input type="checkbox"/> PHENYTOINE	
VANCO	<input type="checkbox"/> Perf.continue <input type="checkbox"/> Vallée	<input type="checkbox"/> AC. VALPROIQUE	
<input type="checkbox"/> DIGOXINE ou		<input type="checkbox"/> CARBAMAZEPINE	
<input type="checkbox"/> DIGITOXINE		<input type="checkbox"/> LITHIUM	
<input type="checkbox"/> THEOPHYLLINE		<input type="checkbox"/> TACROLIMUS	⊕
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> CICLOSPORINE	⊕

ONCOLOGIE

<input type="checkbox"/> PSA (Dépist. ≥50 ans. Max.1/2an)	<input type="checkbox"/> PSA LIBRE €
<input type="checkbox"/> PSA (Monit. Thérap. Max.2/an)	
<input type="checkbox"/> PSA (≥40 ans avec ATCD fam. Max 1/an)	
<input type="checkbox"/> PSA €	

SUIVI THERAPEUTIQUE

<input type="checkbox"/> CEA	<input type="checkbox"/> CA 19.9 €	<input type="checkbox"/> CEA €	Max. 1
<input type="checkbox"/> CA 19.9	<input type="checkbox"/> CA 125 €	<input type="checkbox"/> CA 19.9 €	
<input type="checkbox"/> CA 125	<input type="checkbox"/> CA 15.3 €	<input type="checkbox"/> CA 125 €	
<input type="checkbox"/> CA 15.3	<input type="checkbox"/> NSE €	<input type="checkbox"/> CA 15.3 €	
<input type="checkbox"/> NSE	<input type="checkbox"/> βHCG €	<input type="checkbox"/> NSE €	

(PARA)THYROIDE - METAB. OSSEUX

<input type="checkbox"/> TSH	<input type="checkbox"/> 25 OH VITAMINE D2+D3
<input type="checkbox"/> T4L	<input type="checkbox"/> PARATHORMONE
<input type="checkbox"/> T3L	<input type="checkbox"/> CALCITONINE (+glace)

<input type="checkbox"/> AC.Anti-MICROSOMES (TPO) ou	<input type="checkbox"/> AC.Anti-THYROGLOBULINE
THYROGLOBULINE si	<input type="checkbox"/> O Néoplasie <input type="checkbox"/> O Thyrotoxicose <input type="checkbox"/> O Thyroïdite
<input type="checkbox"/> CTx (Télopec.C-Term)	<input type="checkbox"/> O Test au TRH (Sur rendez-vous)

SURRENALES

<input type="checkbox"/> CORTISOL	<input type="checkbox"/> ALDOSTERONE
<input type="checkbox"/> 8 heures	<input type="checkbox"/> Debout <input type="checkbox"/> Couché
<input type="checkbox"/> 16 heures	
<input type="checkbox"/> ACTH ⊕ + glace	<input type="checkbox"/> RENINE ⊕ + glace
<input type="checkbox"/> 8 heures	<input type="checkbox"/> 16 heures <input type="checkbox"/> Debout <input type="checkbox"/> Couché

Sur rendez-vous :

<input type="checkbox"/> Test SYNACTHEN	<input type="checkbox"/> Test DEXAMETHASONE
---	---

HORMONES GROSSESSE - OVAIRES

GROSSESSE: Oui / Non	SI Oui, DDR :
<input type="checkbox"/> HCG si < 20 semaines	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> OESTRADIOL	<input type="checkbox"/> AFP (Tube Neural defect)
<input type="checkbox"/> PROGESTERONE	
<input type="checkbox"/> LH	Sur rendez-vous :
<input type="checkbox"/> FSH	<input type="checkbox"/> Test LH - RH
<input type="checkbox"/> PROLACTINE	<input type="checkbox"/> Test TRH - PROLACTINE

ANDROGENES

<input type="checkbox"/> TESTOSTERONE TOT.	<input type="checkbox"/> Δ 4 ANDROSTENEDIONE
<input type="checkbox"/> SHBG	<input type="checkbox"/> DHEAS

TOXICOLOGIE

SANG :	LIQUIDE :
<input type="checkbox"/> ETHANOL	Nature :
<input type="checkbox"/> PARACETAMOL	Recherche de :
<input type="checkbox"/> TRICYCLIQUES	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> BENZODIAZEPINES	

SEROLOGIE

1 grand tube sec

BACTERIENNE	VIRALE
<input type="checkbox"/> TREPONEME VDRL	HEP. A <input type="checkbox"/> O IgG <input type="checkbox"/> O IgM
<input type="checkbox"/> TREPONEME TPHA	HEP. B <input type="checkbox"/> O AG HBS
<input type="checkbox"/> ASLO (si <18 ans)	<input type="checkbox"/> O AC HBS
	<input type="checkbox"/> O AC HBC
<input type="checkbox"/> BRUCELLOSE	HEP. C <input type="checkbox"/> O AC
<input type="checkbox"/> BORRELIOSE	SIDA <input type="checkbox"/> O AC HIV 1 + 2
	RUB <input type="checkbox"/> O IgG <input type="checkbox"/> O IgM
PARASITAIRE	CMV <input type="checkbox"/> O IgG <input type="checkbox"/> O IgM
<input type="checkbox"/> TOXO IgG	EBV <input type="checkbox"/> O IgG <input type="checkbox"/> O IgM
<input type="checkbox"/> TOXO IgM	HZV <input type="checkbox"/> O IgG <input type="checkbox"/> O IgM
<input type="checkbox"/>	HSV <input type="checkbox"/> O IgG <input type="checkbox"/> O IgM
AUTRE	PARVOVIRUS B19 <input type="checkbox"/> O IgG
<input type="checkbox"/> MYCOP.PNEUMO.IgG	<input type="checkbox"/> O IgM
<input type="checkbox"/> MYCOP.PNEUMO.IgM	<input type="checkbox"/> O INFLUENZA A
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> O INFLUENZA B
<input type="checkbox"/> CHLAMYDIA TRACHO	<input type="checkbox"/> O PARAINFLUENZA
	<input type="checkbox"/> O 1 <input type="checkbox"/> O 2 <input type="checkbox"/> O 3
AC.DIVERS	<input type="checkbox"/> O ADENOVIRUS
<input type="checkbox"/> Anti-BETALACTOglob. €	<input type="checkbox"/> O RSV
<input type="checkbox"/> Anti-SOJA €	COXSACKIES
	<input type="checkbox"/> O B1 <input type="checkbox"/> O B2 <input type="checkbox"/> O B3
AUTO-IMMUNITE	<input type="checkbox"/> O B4 <input type="checkbox"/> O B5 <input type="checkbox"/> O B6
<input type="checkbox"/> FACTEUR RHUMATOIDE	<input type="checkbox"/> O ENTEROVIRUS
<input type="checkbox"/> FACTEUR Anti-NUCLEAIRE	<input type="checkbox"/> O
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> AC.Anti-MITOCHONDRIES	
<input type="checkbox"/> AC.Anti-MUSCLES LISSES	
<input type="checkbox"/> AC.Anti-LKM	
<input type="checkbox"/> AC.Anti-CELL.PARIETALES	
<input type="checkbox"/> AC.Anti-GLIADINES IgA	
<input type="checkbox"/> AC.Anti-GLIADINES IgG	
<input type="checkbox"/> AC.Anti-TRANSGLUT. IgA	
<input type="checkbox"/>	

ALLERGIES (Max. 6 IgE spécifiques)

<input type="checkbox"/> IgE TOTALES	<input type="checkbox"/> MIXTURE ALIMENTS	FX5
<input type="checkbox"/> GRAMINEES	<input type="checkbox"/> BLANC D'ŒUFS	F1
<input type="checkbox"/> HERBACEES 1	<input type="checkbox"/> LAIT DE VACHE	F2
<input type="checkbox"/> HERBACEES 2	<input type="checkbox"/> POISSON (Morue)	F3
<input type="checkbox"/> ARBRES 1	<input type="checkbox"/> FROMENT	F4
<input type="checkbox"/> ARBRES 2	<input type="checkbox"/> ARACHIDE	F13
<input type="checkbox"/> ANIMAUX	<input type="checkbox"/> SOJA	F14
<input type="checkbox"/> MOISSISSURES	<input type="checkbox"/> B.LACTOglob.	F77
<input type="checkbox"/> DERM.PTERONYX	<input type="checkbox"/> EPITH. CHAT	E1
<input type="checkbox"/> DERM.FARINAE	<input type="checkbox"/> POILS,SQ.CHEVAL	E3
<input type="checkbox"/> DERM.MICROC.	<input type="checkbox"/> POILS,SQ.CHIEN	E5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> O	

O ECH. URINAIRE

OU

O URINES DE 24H

<input type="checkbox"/> GLUCOSE	<input type="checkbox"/> ELECTROPH.(B-J)	<input type="checkbox"/> AMYLASE
<input type="checkbox"/> PROTEINES	<input type="checkbox"/> O Diabète	<input type="checkbox"/> CORTISOL
MICROALBUMINE	<input type="checkbox"/> O Hors Inami	<input type="checkbox"/> CALCUL URINAIRE
<input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> O UREE	URINES 24h ACIDES
<input type="checkbox"/> K	<input type="checkbox"/> O CREATININE	<input type="checkbox"/> CATECHO (FRACT)
<input type="checkbox"/> CL	<input type="checkbox"/> O ACIDE URIQUE	<input type="checkbox"/> 5 HIAA
<input type="checkbox"/> CA	<input type="checkbox"/> O CLEARANCE CREATININE (+ sérum)	<input type="checkbox"/> VMA
<input type="checkbox"/> PHOSPHORE		<input type="checkbox"/> OXALATES
<input type="checkbox"/> MG		
<input type="checkbox"/> OSMOLALITE	<input type="checkbox"/> O NTx (Télopec N-Term) 2ème urine du matin à jeun	

BACTERIOLOGIE**URINES****DIVERS**

<input type="checkbox"/> TIGETTE	<input type="checkbox"/> FR.GORGE	<input type="checkbox"/> FR.VAGINAL
<input type="checkbox"/> SEDIMENT	<input type="checkbox"/> LBA	<input type="checkbox"/> EXPECTO
<input type="checkbox"/> GRAM	<input type="checkbox"/> ASPIRATION	<input type="checkbox"/> HEMOCULTURES
<input type="checkbox"/> CULTURE	<input type="checkbox"/> PLAIE, PUS, LIQUIDES	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> RECH.+ IDENT.LEVURES	<input type="checkbox"/> RECH. AG. STREPTO A	<input type="checkbox"/> EX. A FRAIS
<input type="checkbox"/> O BK EX.DIRECT (UR 24h)	<input type="checkbox"/> O	<input type="checkbox"/> GRAM
<input type="checkbox"/> O BK CULTURE (UR 24h)	<input type="checkbox"/> RECH. AEROBIE	<input type="checkbox"/> CULTURE ANAEROBIE
<input type="checkbox"/> ANTIBIOGRAMME	<input type="checkbox"/> RECH.+ IDENT.LEVURES	<input type="checkbox"/> RECH.+ IDENT.CHAMPIGNONS
<input type="checkbox"/> O AG LEGIONELLA	<input type="checkbox"/> O BK EX.DIRECT	<input type="checkbox"/> O BK CULTURE
	<input type="checkbox"/> ANTIBIOGRAMME	
SELLES		
<input type="checkbox"/> EX. A FRAIS	<input type="checkbox"/> RECH.DIR.RSV	
<input type="checkbox"/> RECH.PARASITES ou	<input type="checkbox"/> RECH.DIR.HSV	
<input type="checkbox"/> ID.CRYPTOSPORIDIUM	<input type="checkbox"/> RECH.DIR.CHLAMYDIAE	
<input type="checkbox"/> GRAM	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> CULTURE : salmon, yersinia, shigella, campylo.		
<input type="checkbox"/> RECHERCHE SANG		
<input type="checkbox"/> UTILIS.ALIMENTAIRE		
<input type="checkbox"/> ROTA (<2ans)		
<input type="checkbox"/> ADENO (<2ans)		
<input type="checkbox"/> CLOSTRIDIUM DIFF+ TOXINE (>2ans)		

AUTRES ANALYSES**PRELEVEMENTS NON SANGUINS**

NATURE :	<input type="checkbox"/> EXAMEN CYTOLOGIQUE
<input type="checkbox"/> GLUCOSE	<input type="checkbox"/> ANAPATH
<input type="checkbox"/> PROTEINES	<input type="checkbox"/> MORPHOLOGIE
<input type="checkbox"/> NUMERATION FORMULE	