|  |  |
| --- | --- |
| DEMANDE D’ANALYSES BIOLOGIQUES | PREPARER TUBE ROUGE SEC + Vérifier Ajout |
|  | ☐ HEMOGLOGINE ☐ GLOBULE ROUE + HTC ☐ GLOBULE BLANC ☐ FORMULE ☐ PLAQUETTES ☐ RETICULOCYTE ☐ AC FOLIQUE GR ☐ AC FOLIQUE SERUM ☐ VITAMINE B12☐ FERRITINE☐ FER☐ TRANSFERRINE☐ CAP FIX FER☐ HAPTOGLOBINE☐ TPS QUICK ∧ OU ☐ FIBRINOGENE ∧☐ TPS QUICK ∧ ET ☐ FIBRINOGENE ∧*Si CIVD, In Hepatique, Fibrinolyse Hemor Post Partum*☐ TCA ∧☐ D-DIMERE ∧☐ ANTICOAG LUPUS ∧ et ☐ ANTICARDIOLIPINE ∧☐ AMUKIN☐ VANCO - Vallée / Perf. Continue☐ DIGOXINE ☐ DIGITOXINE☐ PHENYTONE ☐ AC VALPROIQUE☐ LITHIUM☐ CYCLOSPORINE  ou ☐ TACROLIMUS  | ☐ GLYCEMIE  ☐ HB GLYCOSYLE ☐ CHOLESTEROL☐ HDL CHOLESTEROL☐ TRIGLYCERIDES UREE  CREATININE☐ AC URIQUE SODIUM + POTASSIUM CHLORE + CO2 (Bicar)☐ CALCIUM ☐ Selon Parfitt (cocher Albumine)☐ PHOSPHORE☐ MAGNESIUM☐ OSMOLALITE☐ GOT ☐ GPT☐ GGT ☐ P ALCALINE☐ LDH☐ CPK☐ AMYLASES ou LIPASES☐ TROPONINE☐ BILI TOT BILI FRACT☐ PROTEINE Ou ☐ ALBUMINE☐ ELECTROPHORESE PROTEINE☐ PREALBUMINE☐ IGA ☐ IGG ☐ IGM ☐ IGE☐ C3 + C4☐ CRP☐ NH4  SUR GLACE☐ Ac LACTIQUE  SUR GLACE |
| Patient |
| VIGNETTE |
| Nom :………………………………………Prénom :……………………..Né(e) le : …………………………………Sexe : M / F Adresse : ……………………………………………………………………..……………………………………………………………………………………. |
| Prescripteur |
| CACHET : Date : Signature : Copie médecin :  |
| URGENT : O OUI |
| PRELEVEMENT |
| Prélevé le :………………………………….à ………………HIdentification Préleveur : …………………………………. |
| TYPE DE PRELEVEMENT |
| SecEDTAHEPARCOAGVSGAZOFLUORE | ☐∧∞ | ROUGEMAUVEVERTBLEUNOIRSERINGUE GAZOGRIS | RENSEIGNEMENTS CLINIQUES :  | AJOUT (VERIFIER TUBE DE PRELEVEMENT SVP) : …………………………………………………………….…………………………………………………………….…………………………………………………………….…………………………………………………………….……………………………………………………………. |