

DEMANDE D'ANALYSES BIOLOGIQUES		PREPARER TUBE ROUGE SEC + Vérifier Ajout	
Patient		<input type="checkbox"/> HEMOGLOGINE                      ⊙ <input type="checkbox"/> GLOBULE ROUE + HTC              ⊙ <input type="checkbox"/> GLOBULE BLANC                      ⊙ <input type="checkbox"/> FORMULE                                ⊙ <input type="checkbox"/> PLAQUETTES                            ⊙ <input type="checkbox"/> RETICULOCYTE                        ⊙ <input type="checkbox"/> AC FOLIQUE GR                        ⊙ <input type="checkbox"/> AC FOLIQUE SERUM <input type="checkbox"/> VITAMINE B12 <input type="checkbox"/> FERRITINE <input type="checkbox"/> FER <input type="checkbox"/> TRANSFERRINE <input type="checkbox"/> CAP FIX FER <input type="checkbox"/> HAPTOGLOBINE	<input type="checkbox"/> GLYCEMIE    ◆ <input type="checkbox"/> HB GLYCOSYLE    ⊙ <input type="checkbox"/> CHOLESTEROL <input type="checkbox"/> HDL CHOLESTEROL <input type="checkbox"/> TRIGLYCERIDES <input checked="" type="checkbox"/> UREE <input checked="" type="checkbox"/> CREATININE <input type="checkbox"/> AC URIQUE <input checked="" type="checkbox"/> SODIUM + POTASSIUM <input checked="" type="checkbox"/> CHLORE + CO2 (Bicar) <input type="checkbox"/> CALCIUM <div style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> Selon Parfitt (cocher Albumine)</div> <input type="checkbox"/> PHOSPHORE <input type="checkbox"/> MAGNESIUM <input type="checkbox"/> OSMOLALITE <input type="checkbox"/> GOT <input type="checkbox"/> GPT <input type="checkbox"/> GGT <input type="checkbox"/> P ALCALINE <input type="checkbox"/> LDH <input type="checkbox"/> CPK <input type="checkbox"/> AMYLASES ou LIPASES <input type="checkbox"/> TROPONINE <input type="checkbox"/> BILI TOT    BILI FRACT <input type="checkbox"/> PROTEINE Ou <input type="checkbox"/> ALBUMINE <input type="checkbox"/> ELECTROPHORESE PROTEINE <input type="checkbox"/> PREALBUMINE <input type="checkbox"/> IGA <input type="checkbox"/> IGG <input type="checkbox"/> IGM <input type="checkbox"/> IGE <input type="checkbox"/> C3 + C4  <input type="checkbox"/> CRP  <input type="checkbox"/> NH4    ⊙                              SUR GLACE  <input type="checkbox"/> Ac LACTIQUE    ◆                      SUR GLACE
<h1>VIGNETTE</h1>		<input type="checkbox"/> TPS QUICK    ^    OU <input type="checkbox"/> FIBRINOGENE    ^ <input type="checkbox"/> TPS QUICK    ^    ET <input type="checkbox"/> FIBRINOGENE    ^ <i>Si CIVD, In Hepatique, Fibrinolyse Hemor Post Partum</i> <input type="checkbox"/> TCA    ^ <input type="checkbox"/> D-DIMERE    ^ <input type="checkbox"/> ANTICOAG LUPUS    ^    et <input type="checkbox"/> ANTICARDIOLIPINE    ^  <input type="checkbox"/> AMUKIN <input type="checkbox"/> VANCO - Vallée / Perf. Continue <input type="checkbox"/> DIGOXINE <input type="checkbox"/> DIGITOXINE <input type="checkbox"/> PHENYTONE <input type="checkbox"/> AC VALPROIQUE <input type="checkbox"/> LITHIUM  <input type="checkbox"/> CYCLOSPORINE    ⊙                      ou <input type="checkbox"/> TACROLIMUS    ⊙	
Prescripteur			
Nom : ..... Prénom : ..... Né(e) le : ..... Sexe : M / F Adresse : ..... .....			
CACHET :			
Date :	Signature :		
Copie médecin :			
URGENT : O OUI			
PRELEVEMENT			
Prélevé le : ..... à ..... H  Identification Préleveur : .....			
TYPE DE PRELEVEMENT			
Sec EDTA HEPAR COAG VS GAZO FLUORE	⊙ □ ^ ● ∞ ◆	ROUGE MAUVE VERT BLEU NOIR SERINGUE GAZO GRIS	RENSEIGNEMENTS CLINIQUES :  ..... ..... ..... ..... .....
		AJOUT (VERIFIER TUBE DE PRELEVEMENT SVP) : ..... ..... ..... ..... .....	