



N°SEJOUR

ETIQUETTE

RESERVE AU
LABORATOIRE

NOM ETIQUETTE PATIENT

U F

PRENOM

Nom du prescripteur :

Nom du préleveur :

Laboratoire



DATE

HEURE

URGENT

Réservé CDP/CRB

CDP HE

CDP GM

CRB

PAS de mail CDP

Confidentialité demandée
(aucun compte rendu patient)

Immunodépression

Sepsis

Grossesse

Purpura

Insuffisance hépato cellulaire

Post transfusion

Syndrome méningé

Renseignements cliniques

TRAITEMENT(S) ANTICOAGULANT(S) A COMPLETER OBLIGATOIREMENT

Héparine Non Fractionnée SC

Danaparoïde (Orgaran)

Apixaban (Eliquis)

Héparine Non Fractionnée IV

Argatroban (Arganova)

Edoxaban (Lixiana)

HBPM Nom :

Rivaroxaban (Xarelto)

Dabigatran (Pradaxa)

Fondaparinux (Arixtra)

Autres :

Date et Heure d administration :/...../..... H Posologie :

Pas de traitement anticoagulant

AVK

CYTOLOGIE

Numération Formule Sanguine

Numération Globulaire seule

Réticulocytes

Hématocrite seul

Sur

Plaquettes seules

Microméthode

Vitesse de sédimentation

Recherche de cellules anormales

Préciser :

.....

Plaquettes sur sang citraté

MNI test

HEMOSTASE GENERALE

Bilan coagulation (TP, TCA, Fib)

Bilan Pré-op (TP, TCK, Fib)

TP (INR)

Microméthode

Facteurs du TP (II, V, X)

TCA

Fibrinogène

Veineux

Facteur V

TCK

D-Dimères

Capillaire

Facteur VII

Antithrombine

Monomères fibrine

Anti-Xa (Héparines : HNF, HBPM)

Autres :

LIQUIDES

LCR

Liquide d Ascite

Liquide Pleural

Liquide Articulaire

Liquide d'Epanchement

Liquides (autres) :

KLEIHAUER

Test de Kleihauer sur sang maternel

Transfusion foeto maternelle :

1er Temps (NF + Klei)

Suivi (NG + Klei)

ANOMALIES ROUGES

Electrophorèse Hb Suivi Drépano (Hb S)

Bilan d'Hémolyse complet **RDV au 50200 ou 61287**

Recherche Hématies en Balle de Golf

MOELLES ET GANGLIONS

Myélogramme BOM

Site :

Dureté :

Cytoponction Ganglionnaire

Rate

Empreinte Ganglionnaire

Autre :

DOSAGES SPECIFIQUES

Anti-Xa Rivaroxaban (Xarelto)

Anti-Xa Apixaban (Eliquis)

Anti-Xa Edoxaban (Lixiana)

Anti-IIa Dabigatran (Pradaxa)

Anti-Xa Fondaparinux (Arixtra)

Anti-Xa Danaparoïde (Orgaran)

Anti-IIa Argatroban (Arganova)

HEMOSTASE PRIMAIRE

Temps d'occlusion plaquettaire

Facteur Willebrand (activité et antigène)

Agrégation ristocétine RIPA (vWF)

Agrégation à tous les agonistes

Etude de sensibilité aux antiplaquetitaires

(Plavix ...) Test VASP

A renseigner si demande d'Hémostase primaire

Traitement antiplaquettaire

Absence de traitement antiplaquettaire

Aspirine

Clopidogrel (Plavix)

Prasugrel (Efient)

Autre :

Groupe sanguin

A

B

O

AB

VOIE INTRINSEQUE

Etude complète (2 tubes) cocher : Facteurs VIII, IX, XI, XII

Facteur VIII

Facteur IX

Facteur XI

Facteur XII

Diag. et suivi hémophilie

F.A.H. :

F VIII chromogène

F VIII antigène

Ac Anti F VIII

F IX chromogène

Ac Anti F IX

THROMBOSE

Bilan thrombose (6 tubes) : cocher toutes les cases du cadre

Lupus anticoagulant, Ac anti-cardiolipides, Ac anti Beta2GP1

Protéine C

Protéine S

Antithrombine

Résistance à la Protéine C Activée

Facteur VIII

TIH

Anticorps Anti PF4 (2 tubes)

Agrégation TIH (5 tubes)

AUTRES

Activité ADAMTS 13

PAI

TGT (Thrombinographie) Thrombose

TGT (Thrombinographie) Hémorragie

Test de consommation de la Prothrombine

Fragment 1 et 2 de la prothrombine

Autres :

Réservé laboratoire

Non conformité bloquante.....

Scan Ordo

Tube surnuméraire

Autre analyse

Date/heure fausse

Case non/mal cochée

Absence rens cliniques

Navette

Absence de traitement



Cocher impérativement dans la case PAS DE FEUTRE

RESERVE AU LABORATOIRE

Pour tous renseignements complémentaires, veuillez consulter le catalogue des examens biologiques



HEMATOLOGIE MOLECULAIRE

SYNDROME MYELOPROLIFERATIF

	Indication	Contexte clinique
<input type="checkbox"/> JAK2 V617F <input type="checkbox"/> JAK2 EXON 12 <input type="checkbox"/> MPL Exon 10 <input type="checkbox"/> CALRETICULINE Exon 9	<input type="checkbox"/> Polyglobulie <input type="checkbox"/> Thrombocytémie <input type="checkbox"/> Myélofibrose <input type="checkbox"/> SMP <input type="checkbox"/> LMMC <input type="checkbox"/> SMD <input type="checkbox"/> ARS-T <input type="checkbox"/> Thrombose	<input type="checkbox"/> Suivi <input type="checkbox"/> Diagnostic

SUIVI MRD DANS LES LEUCEMIES AIGUES

	Indication	Contexte clinique
<input type="checkbox"/> WT1 Prendre RDV au 68242	<input type="checkbox"/> LAM <input type="checkbox"/> LAL <input type="checkbox"/> SMD	<input type="checkbox"/> Suivi <input type="checkbox"/> Diagnostic

SEQUENCAGE HAUT DEBIT DANS LES HEMOPATHIES MYELOIDES

<input type="checkbox"/> NGS panel Myéloïde - Etablir 1 bon / prélèvement	<input type="checkbox"/> SANG <input type="checkbox"/> MOELLE	Indication :
---	--	--------------------

CYTOKINES ET ACTIVITE ENZYMATIQUE

<input type="checkbox"/> Erythropoïétine	<input type="checkbox"/> Anémie <input type="checkbox"/> Polyglobulie <input type="checkbox"/> Suivi traitement
<input type="checkbox"/> CCL18	<input type="checkbox"/> Diagnostic <input type="checkbox"/> Suivi
<input type="checkbox"/> Glucocérébrosidase intramonocytaire	<input type="checkbox"/> Diagnostic <input type="checkbox"/> Suivi

NUMERATION DES SOUS POPULATIONS LYMPHOCYTAIRES NORMALES

<input type="checkbox"/> Typage sur sang Préciser les traitements immuno-modulateurs :	<input type="checkbox"/> Numération CD4-CD8 seul	<input type="checkbox"/> Typage lymphocytaire T, B, NK	<input type="checkbox"/> Typage CD20
<input type="checkbox"/> Typage sur LBA (CD4-CD8)			

RECHERCHE DE CELLULES ANORMALES PAR IMMUNOPHENOTYPAGE, DIAGNOSTIC DES HEMOPATHIES

<input type="checkbox"/> Phénotypage des cellules anormales Nature du prélèvement <input type="checkbox"/> Sang <input type="checkbox"/> LBA <input type="checkbox"/> LCR <input type="checkbox"/> Moelle <input type="checkbox"/> Rate <input type="checkbox"/> Liquide pleural <input type="checkbox"/> Ganglion <input type="checkbox"/> Autre Préciser :	<input type="checkbox"/> Autre	Etablir un bon par prélèvement Localisation :
--	--------------------------------------	---

<input type="checkbox"/> Recherche de Clone HPN sur sang uniquement Du lundi au jeudi
--

Orientation diagnostique pour immunophénotypage :

<input type="checkbox"/> LLC <input type="checkbox"/> Suspicion de Syndrome Lymphoprolifératif (ou LMNH) préciser : <input type="checkbox"/> Syndrôme Myéloprolifératif (SMP) préciser : <input type="checkbox"/> Autres : <input type="checkbox"/> Suivi (préciser diagnostic/traitement) : <input type="checkbox"/> Maladie Résiduelle :	<input type="checkbox"/> Leucémie Aigue <input type="checkbox"/> LAL : <input type="checkbox"/> LAM : <input type="checkbox"/> Syndrôme Myélodysplasique (SMD) préciser :	<input type="checkbox"/> Waldenström <input type="checkbox"/> Gammopathie monoclonale (Ig :) <input type="checkbox"/>
---	--	---

Renseignements cliniques complémentaires :