Bon Commun

version 9 GLIMS

Tél : 51 844
(Secrétariat service Préanalytique)

CLERMONT-FERRAND
CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

N°SEJOUR
NOM ETIQUETTE PATIENT
PRENOM

ETIQUETTE UF

RESERVE AU LABORATOIRE

Nom du prescripteur :

Nom du préleveur :

Reservé au laboratoire

DATE ☐☐ ☐☐ ☐☐ HEURE ☐☐ ☐☐ ☐ **URGENT**

Réservé CDP/CRB : ☐ CDP HE ☐ CDP GM ☐ CRB ☐ PAS de mail CDP

☐ Confidentialité demandée (aucun compte rendu patient)

☐ Cirrhose ☐ Grossesse ☐ Sepsis ☐ Syndrome méningé ☐ Immunodepression ☐ Anémie hémolytique ☐ GARDE Réservé au laboratoire

☐ Diabète ☐ GEU ☐ Syndrome néphrotique ☐ Post transfusion ☐ Insuffisance rénale ☐ Insuffisance hépatocellulaire

☐ Renseignements cliniques :

HEMATOLOGIE

HEMATOLOGIE GENERALE

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

HEMOSTASE GENERALE

☐ Bilan coagulation (TP, TCA, Fib) ☐ Bilan Pré-op (TP, TCK, Fib) ☐ TP (INR)
☐ Facteurs du TP (II, V, X) ☐ TCA ☐ Fibrinogène
☐ Facteur V ☐ TCK ☐ D-Dimères
☐ Facteur VII ☐ Antithrombine ☐ Monomères fibrine
☐ Anti-Xa (Héparines : HNF, HBPM) ☐ Autres : .....

Microméthode ☐ Veineux ☐ Capillaire

DOSAGES SPECIFIQUES

☐ Anti-Xa Rivaroxaban (Xarelto) ☐ Anti-Xa Apixaban (Eliquis) ☐ Anti-IIa Argatroban (Arganova)
☐ Anti-Xa Danaparoïde (Orgaran) ☐ Anti-Xa Fondaparinux (Arixtra) ☐ Anti-IIa Dabigatran (Pradaxa)

CYTOLOGIE

☐ Numération Formule Sanguine
☐ Numération Globulaire seule
☐ Réticulocytes
☐ Hématocrite seul
☐ Plaquettes seules
☐ Vitesse de sédimentation
☐ Recherche de cellules anormales

☐ Sur Microméthode

Préciser : .....
.....

☐ Plaquettes sur sang citraté

CYTOLOGIE SPECIALISEE

LIQUIDES

☐ LCR (Recherche de cellules anormales)

KLEIHAUER

☐ Test de Kleihauer sur sang maternel

HEMOSTASE SPECIALISEE

FACTEURS

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

☐ FAH : .....
☐ Facteur VIII ☐ Facteur IX ☐ Facteur XI ☐ Facteur XII
☐ Facteur Von Willebrand (activité et antigène) Groupe sanguin : .....

THROMBOSE

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

☐ Lupus anticoagulant, Ac anti-cardiolipides, Ac anti Beta2GP1 ☐ Facteur VIII
☐ Protéine C ☐ Protéine S ☐ Antithrombine ☐ Resistance à la Protéine C Activée

NUMERATION DES SOUS POPULATIONS LYMPHOCYTAIRES NORMALES

Typage sur sang ☐ Numération CD4-CD8 seul ☐ Typage lymphocytaire T, B, NK ☐ Typage CD20

Préciser les traitements immuno-modulateurs : .....

VIROLOGIE

Contacter impérativement un biologiste de virologie ou l'interne de garde en dehors des heures d'ouverture du service de virologie.

☐ **AES - PATIENT SOURCE** 2

Joindre la fiche de renseignements "AES serologies virales du patient source" disponible dans le catalogue des examens biologiques. Prélever 2 tubes secs avec gel séparateur.

TOXICOLOGIE

Recherche: ☐ Antidépresseurs Tricycliques ☐ Barbituriques ☐ Benzodiazépines

Dosages: ☐ Lithium Sérique ☐ Paracétamol

Prélèvement réalisé ☐ heures après la prise.

Réservé laboratoire

☐ Non conformité bloquante..... ..... ☐ mauvais conditionnement.....

☐ Scan Ordo ☐ Tube surnuméraire ☐ Autre analyse ☐ Date/heure fausse ☐ Case non/mal cochée ☐ Absence rens cliniques ☐

☐ Navette ☐ Echantillon microbio ☐ Convenance perso. ☐ ☐ Protocole ☐ Absence de traitement ☐

[X] Cocher impérativement dans la case
PAS DE FEUTRE

● Echantillon à l abri de la lumière
❄ Echantillon dans système réfrigéré
Transport < 1 H

Examen souligné = tube dédié

RESERVE AU LABORATOIRE

BIOCHIMIE

☐ *Microméthode* ☐ *Prise de biotine* ☐ *Avant dialyse* ☐ ☐ *QFAF HEP* ☐ *PAHEP*
☐ *Lithiase urinaire* ☐ *Après dialyse* ☐ ☐ *QFAF SEC*

EXAMENS SANGUINS

ION ☐ Na + K + Cl
IONO ☐ Ions + CO2 + Protéines + TA
☐ IONO + Créatinine

☐ Créatinine + CKDEPI
☐ Calcium ☐ Sodium
☐ Glucose ☐ Potassium
☐ Urée ☐ CO2 total
☐ Protéines

☐ Ac. urique ☐ Alcool non médico légal
☐ Magnésium ☐ Osmolalité mesurée
☐ Phosphore ☐ Bilirubine totale

BHEP ☐ ASAT + ALAT + GGT + PAL
☐ ASAT
☐ ALAT
☐ CPK
☐ LDH
☐ Lipase
☐ Troponine Ic
☐ Myoglobine
☐ NT-pro-BNP
EAL ☐ Exploration anomalie lipidique
☐ Hémoglobine glyquée
Type de diabète: .....

BF ☐ Coefficient de saturation (Fer - transferrine)
☐ Ferritine

PINI ☐ Calcul du PINI
(OROSOMUCOÏDE x CRP) / (PAB x ALB)
☐ Préalbumine
☐ Albumine
☐ Haptoglobine
☐ CRP
☐ Procalcitonine

● ❄ ☐ Lactate
● ❄ ☐ Ammoniémie
☐ Art ☐ Vein ☐ Capil

☐ Electro. protéines ELPRO
☐ TSH
☐ T4 libre
☐ T3 libre
☐ DDR : ...../...../.....
☐ hCG grossesse
☐ hCG marqueur tumoral
☐ Cortisol
☐ Protéine S100B
● ☐ Vitamine B12
● ☐ Folate sérique (Vit. B9)

EXAMENS URINAIRES

☐ **Miction**

OU

Diurèse des 24h ☐ ☐ ☐ ☐

☐ Taille.....cm
☐ Poids.....kg
☐ Clairance à la créatinine (sang et urines de 24h)

☐ Na K Cl ☐ Acide urique
☐ Urée ☐ Phosphore
☐ Créatinine ☐ Albumine
☐ Protéines ☐ Magnésium
☐ Glucose ☐ Osmolalité
☐ Calcium

EXAMENS LIQUIDE CEPHALO RACHIDIEN

☐ Cl Prot Glu

Laboratoire: aspect avant centrifugation
☐ CLAIR ☐ HEMORRAGIQUE
☐ TROUBLE ☐ XANTHO

BACTERIOLOGIE / MYCOLOGIE / PARASITOLOGIE

Renseignements cliniques : ☐ *Fièvre* ☐ *Purpura* ☐ *Pvt visée diagnostique* ☐ *Pvt systématique*
Traitement antibiotique: ☐ *non* ☐ *oui:* .....

HEMOCULTURE

endocardite ☐

	Couple hémocultures	Flacon pédiatrique	Flacon fongique
Périphérique	☐	☐	☐
KT Central	☐	☐	☐
KT Artériel	☐	☐	☐
KT Dialyse	☐	☐	☐
Ch. implantable	☐	☐	☐
PICC line	☐	☐	☐

ECBU

☐ *pyélonéphrite* ☐ *cystite*
☐ sans sondage (milieu de jet) ☐ sondage aller-retour
☐ sonde à demeure ☐ cystocath
☐ sonde urétérale gauche ☐ urétérostomie gauche
☐ sonde urétérale droite ☐ urétérostomie droite
☐ néphrostomie gauche ☐ Bricker
☐ néphrostomie droite

ANTIGENES URINAIRES (Pneumopathies)

☐ legionelle ☐ pneumocoque

LIQUIDE CEPHALO RACHIDIEN

méningite ☐ *PL thérapeutique* ☐ *encéphalite* ☐
☐ ponction lombaire ☐ drainage ☐ + recherche mycologique (dont Cryptocoque)

PALUDISME

☐ Sang EDTA
Prophylaxie ☐ *oui* ☐ *non* ☐ *Retour de (pays ou région) :*..... *Départ :* ..... / ..... /..... *Retour :* ..... / ..... / .....
Signes cliniques, radiologiques, renseignements : .....