

<b>(LBM)<sup>3</sup></b>	<b>GCS DE BIOLOGIE MEDICALE (LBM)<sup>3</sup></b>	<b>R1-a-M-ENR 27</b>
<b>Date d'application : 2020-01-10</b>	<b>PRESCRIPTION D'EXAMENS BIOLOGIQUES A COCHER</b>	<b>Version : 2</b>

Secrétariat:3025 – Chimie:4355 – Hématologie:4359 – Bactériologie:4358 - Dépôt de sang:4354

**SERVICE :** (A noter obligatoirement même s'il y a une étiquette)

**ETIQUETTE PATIENT**

ou :

NOM (En Capitales) :

NOM DE NAISSANCE :

PRENOM :

SEXE :

DATE DE NAISSANCE (Obligatoire) :

DATE D'HOSPITALISATION :

Obligatoire si bactériologie demandée

**RENSEIGNEMENTS CLINIQUES PERTINENTS :**

A l'entrée du patient ou évènement nouveau, pour les besoins de l'interprétation des résultats.

**SI TESTS DE COAGULATION DEMANDES :**

**Traitement anticoagulant ? (réponse obligatoire)**

NON  OUI  Si oui, le(s)quel(s) :  AVK  HEPARINE HNF (calci ou IV)  HBPM (Lovenox, Innohep...)  
 PRADAXA  XARELTO  ELIQUIS  ARIXTRA  ORGARAN

Si HBPM ou HNF : Nom, posologie, date et heure de la dernière injection : .....

**Arrêt d'un anticoagulant dans les 5 jours précédents ?** OUI  NON  Si oui, lequel et date d'arrêt .....

**SI MEDICAMENT A DOSER :** Posologie, date et heure de la dernière prise :

.....

**SI CLAIRANCE SELON COCKROFT :** Poids : .....Kg

**SI BACTERIOLOGIE :** Utiliser R1-a-M-ENR 25 disponible sur Viskali ; un bon de prescription par examen

**TYPE D'ECHANTILLON :** Sang  Urine  Autre : préciser : .....

**Hématologie :**  NFS-Plaquettes  Numération seule  Plaquettes  Réticulocytes  VS

**Immuno-hématologie :**  Groupe-phénotype  RAI  Coombs direct

**Hémostase :**  TP  INR  TCA  Anti-Xa HNF  Anti-Xa HBPM  D-Dimères  Fibrinogène

**Biochimie:**  Iono (Na, K, Cl, RA, Prot.)  Calcium  Urée, Créat, Clairance  CRP  PCT

Bilan Hépatique (Bili, ASAT, ALAT, GGT, PAL)  Lipase  CPK  LDH

Glycémie à jeun  HbA1C  Bilan Lipidique (CT, TG, HDL, LDL)

Phosphore  Vit D  TSH  T3  T4  βHCG  PSA

Ferritine  Transferrine  CSTf + Fer  Folates  B12

Albumine  Pré-albumine  Acide Urique  Electrophorèse des protéines sériques

Troponine  NTproBNP  Ammoniaque  GDS artériels (T° :... O<sup>2</sup> : ..... )

**Sérologie :**  VIH  VHA  VHB  VHC  CMV  EBV  Toxo

**Autres :**

NOM DU PRESCRIPTEUR ET SIGNATURE

NOM DU PRELEVEUR

DATE DE LA DEMANDE

DATE ET HEURE DU PRELEVEMENT