

	<b>GCS DE BIOLOGIE MEDICALE (LBM)<sup>3</sup></b>	<b>R1-a-M-ENR 08</b>
<b>Date d'application :</b> 2022-03-24	<b>PRESCRIPTION D'EXAMENS BIOLOGIQUES DE MATERNITE</b>	<b>Version : 4</b>

Secrétariat:3025 - Garde:1186 - Chimie:4355 - Hématologie:4359 - Bactériologie:4358.- Dépôt de sang: 4354

**SERVICE : MATERNITE**

**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 événement nouveau, pour les besoins de l'interprétation des résultats.

**Date de début de grossesse :** ...../...../.....

**INJECTION RHOPHYLAC :** NON  OUI  faite le ...../...../.....

**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 GAZ DU SANG :** Température : ..... Sous (atmosphère) : .....

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

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

**EXAMENS DEMANDES :**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> <b>PERI</b> (NF, plaq, TP, TCA, fib, RAI)  | <input type="checkbox"/> <b>Anémie</b> (NF, plaq, CRP, ferritine) |
| <input type="checkbox"/> <b>RSM</b> (NF, plaq, TP, TCA, fib, RAI, CRP)  | <input type="checkbox"/> <b>Groupe sanguin :</b> .....déter.      |
| <input type="checkbox"/> <b>MAP</b> (NF, plaq, TP, TCA, fib, RAI, CRP, iono,)   | <input type="checkbox"/> <b>Toxoplasmose</b>                      |
| <input type="checkbox"/> <b>HTA</b> (NF, plaq, schizocytes, RAI, TP, TCA, fib, iono, acide urique, creatinine, ASAT, ALAT, hapto, LDH, protéinurie des 24h) | <input type="checkbox"/> <b>Rubéole</b>                           |
| <input type="checkbox"/> <b>DECLA</b> (NF, plaq, groupe, RAI, syphilis, toxo, rubeole)  | <input type="checkbox"/> <b>HIV</b>                               |
| <input type="checkbox"/> <b>CHOLE</b> (NF, plaq, RAI, TP, TCA, fib, ASAT, ALAT, acides biliaires, acide urique, creatinine, ionogramme)                     | <input type="checkbox"/> <b>KLEIHAUER</b> (diminution des MAF)    |
| <input type="checkbox"/> <b>INF</b> (NF, plaq, CRP)   | <input type="checkbox"/> <b>HBSG</b> (Antigène HBS)               |
|   | <input type="checkbox"/> <b>βHCG</b>                              |
|   | <input type="checkbox"/> <b>Autres :</b> .....                    |

NOM DU PRESCRIPTEUR ET SIGNATURE

NOM DU PRELEVEUR

DATE DE LA DEMANDE

DATE ET HEURE DU PRELEVEMENT