

REQUÊTE D'ANALYSE DE BIOCHIMIE ET HÉMATOLOGIE

Département clinique de médecine de laboratoire

Identification du PRESCRIPTEUR – obligatoire		Information Préleveur – obligatoire	
Nom, prénom : _____		Nom, prénom : _____	
Pratique : _____		Date (A-M-J) : _____ Heure : _____	
Copie conforme : _____		Provenance : _____	
Copie conforme : _____		Tél./Cellulaire : _____	
Période de validité de la prescription : <input type="checkbox"/> 1an <input type="checkbox"/> 2 ans Répétable chaque <input type="checkbox"/> 3 mois <input type="checkbox"/> 6 mois <input type="checkbox"/> Autres : _____			
Prise de rendez-vous <input type="checkbox"/> Urgent (inférieur à 24 h) <input type="checkbox"/> Électif (moins de 2 semaines) <input type="checkbox"/> Autre : _____			
Renseignements cliniques : <input type="checkbox"/>			
Légende : A) Rendez-vous par téléphone B) Rendez-vous en CH C) À jeun 8 h D) À jeun 12 h			
HÉMATOLOGIE		BIOCHIMIE GÉNÉRALE <sup>3</sup>	
<input type="checkbox"/> Formule sanguine complète (FSC)	<input type="checkbox"/> α-foetoprotéine (AFP) si grossesse, n <sup>bre</sup> semaines :	<input type="checkbox"/> Ferritine	
<input type="checkbox"/> Hb-Hte (inclus plaquettes)	<input type="checkbox"/> Acide urique	<input type="checkbox"/> Gamma glutamyltransférase (GGT)	
<input type="checkbox"/> Réticulocytes	<input type="checkbox"/> Anticorps anti-CCP (ACCP)	<input type="checkbox"/> LD	
<input type="checkbox"/> Sédimentation	<input type="checkbox"/> Anticorps anti-transglutaminases (inclus IgA)	<input type="checkbox"/> Magnésium	
<input type="checkbox"/> FSC + Frottis prescrit (inclus HBHT+ FSC) Justification obligatoire :	<input type="checkbox"/> Anti-TPO	<input type="checkbox"/> Phosphore	
	<input type="checkbox"/> Albumine	<input type="checkbox"/> Phosphatase alcaline	
	<input type="checkbox"/> ALT	<input type="checkbox"/> Préalbumine	
HÉMOSTASE - Précision obligatoire		<input type="checkbox"/> Protéines totales	
<b>Anticoagulothérapie</b> (obligatoire)		<input type="checkbox"/> Prolactine	
<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, inscrire lequel		<input type="checkbox"/> Progestérone	
<input type="checkbox"/> Anticoagulant oral :		<input type="checkbox"/> Bilan martial (fer, transferrine et % saturation transferrine) (C)	
<input type="checkbox"/> Héparine :		<input type="checkbox"/> Bêta-hCG Quantitatif*	
<input type="checkbox"/> Antiplaquettaire :		<input type="checkbox"/> BNP / NT-proBNP <sup>1</sup>	
<input type="checkbox"/> Agent thrombolytique :		<input type="checkbox"/> CRP (protéine C réactive)	
<input type="checkbox"/> TQ (INR, temps prothrombine)		<input type="checkbox"/> CK totale	
<input type="checkbox"/> TCA (APTT)		<input type="checkbox"/> Calcium total	
<input type="checkbox"/> Temps de thrombine		<input type="checkbox"/> Calcium ionisé (Ca <sup>++</sup> )	
<input type="checkbox"/> Fibrinogène		<input type="checkbox"/> Céruloplasmine	
<input type="checkbox"/> Coagulogramme (TQ, TCA, FIB)		<input type="checkbox"/> Cortisol prélevé à : _____ h	
<input type="checkbox"/> D-dimères (inclus : fibrinogène)		Prise de Dexaméthasone? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
<input type="checkbox"/> Mélange 50/50 fait sur TCA		<input type="checkbox"/> Créatinine	
<input type="checkbox"/> Autre :		<input type="checkbox"/> Électrolytes (ION)	
		<input type="checkbox"/> Électrophorèse des protéines sériques	
		<input type="checkbox"/> Estradiol	
		<input type="checkbox"/> FSH <input type="checkbox"/> LH jour cycle : _____	
		<input type="checkbox"/> Facteur rhumatoïde	
		<b>BILAN LIPIDIQUE</b>	
		Usager à jeun : <input type="checkbox"/> Oui (D) <input type="checkbox"/> Non	
		<input type="checkbox"/> Bilan lipidique, inclus TRIG, HDL, CHOLT, LDL	
		<input type="checkbox"/> Triglycérides	
		<input type="checkbox"/> Apolipoprotéine B	
<b>DIABÈTE <sup>3</sup></b>			
<input type="checkbox"/> Glucose à jeun? <input type="checkbox"/> Oui (C) <input type="checkbox"/> Non			
<input type="checkbox"/> HbA1c (Hb glyquée)			

Nom, prénom	N° Dossier
-------------	------------

MARQUEURS TUMORAUX	MÉDICAMENTS <sup>2</sup>	URINE - Miction
<input type="checkbox"/> CA15-3	<b>Dernière dose de :</b>	<input type="checkbox"/> Analyse (SMU)
<input type="checkbox"/> CA19-9	<b>Date dernière dose (A-M-J):</b>	<input type="checkbox"/> Bêta-hCG qualitatif
<input type="checkbox"/> CA 125	<input type="checkbox"/> Acide valproïque	<input type="checkbox"/> Rapport calcium/créatinine
<input type="checkbox"/> CEA	<input type="checkbox"/> Carbamazépine	<input type="checkbox"/> Rapport albumine/créatinine
<input type="checkbox"/> PSA totale	<input type="checkbox"/> Digoxine	<input type="checkbox"/> Rapport protéines/créatinine
<b>DÉPISTAGE ET SUIVI</b>	<input type="checkbox"/> Dilantin (phénytoïne)	<b>URINE DES 24 HEURES<sup>3</sup> (collectes)</b>
<input type="checkbox"/> Hyperglycémie provoquée 75g (C) Prélever : T0, T120 min	<input type="checkbox"/> Lithium	Date début (A-M-J) : _____ Hr : _____
<input type="checkbox"/> Grossesse 50 g Glucose (T60 min)	<input type="checkbox"/> Phénobarbital	Date fin (A-M-J) : _____ Hr : _____
<input type="checkbox"/> Grossesse Hyperglycémie provoquée 75g, prélever: T0,T60,T120 min (C)	<b>SELLES</b>	<b>Poids : _____ kg Taille : _____ cm</b>
	<input type="checkbox"/> RSOSi <input type="checkbox"/> Calprotectine fécale	<input type="checkbox"/> Clairance de la créatinine
	<input type="checkbox"/> Ag. H. pylori	<input type="checkbox"/> Protéines totales
		<input type="checkbox"/> Bence Jones
<b>Autres demandes-Biochimie</b>		
SPÉCIALITÉ <sup>3</sup>	THROMBOSE (B)	ANTIPHOSPHOLIPIDES (B)
<input type="checkbox"/> Anticorps anti-nucléaires (AAN)	<input type="checkbox"/> Protéine C	<input type="checkbox"/> Anticoagulant de type lupique
<input type="checkbox"/> Dépistage anticorps anti-ENA inclus :SSa/SSb/Rnp/Sm/SCL70 /Jo-1	<input type="checkbox"/> Protéine S	<input type="checkbox"/> Anticardiolipine (ACA IgG, IgM et B-2 glycoprotéines)
<input type="checkbox"/> Anticorps Anti-mitochondries	<input type="checkbox"/> Antithrombine	
<input type="checkbox"/> Anticorps anti-muscle lisse	<input type="checkbox"/> Facteur V Leiden	
<input type="checkbox"/> Anticorps anti-ADN (ADN)	<input type="checkbox"/> Mutation prothrombine	
<input type="checkbox"/> Anti-MPO <input type="checkbox"/> Anti-PR3	<b>DOSAGE DES FACTEURS (B)</b>	
<input type="checkbox"/> Anti-membrane basale glomérulaire (GBM)	Voie intrinsèque et voie commune	Voie extrinsèque
<input type="checkbox"/> Cellules pariétales	<input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> V	<input type="checkbox"/> VII
<input type="checkbox"/> Complément C3 et C4	<input type="checkbox"/> VIII (hémophilie A)	<b>VON WILLEBRAND (B)</b>
<input type="checkbox"/> CH50	<input type="checkbox"/> IX (hémophilie B) <input type="checkbox"/> X	<input type="checkbox"/> Inclus VWF Ag, VWF RCO et Fac VIII
<input type="checkbox"/> Chaines légères libres	<input type="checkbox"/> XI (hémophilie C) <input type="checkbox"/> XII	
<input type="checkbox"/> Cryoglobulines (B-D)	Facteur XIII	
<input type="checkbox"/> Immunoglobulines GAM inclus IgG, IgA, IgM	<input type="checkbox"/> XIII	
<input type="checkbox"/> Immunoglobulines IgE		
<b>Autres demandes-Hématologie</b>		
SIGNATURE MÉDECIN : _____ N° PRATIQUE : _____ DATE A-M-J) : _____		
<b>INFORMATION au PRESCRIPTEUR et PRÉLEVEUR</b>		
* Si non-disponible, sera remplacé par un dosage qualitatif		
<sup>1</sup> Selon la disponibilité de l'installation		
<sup>2</sup> Consulter <b>F-B-83 « Recommandations pharmacologique et toxicologique »</b> disponibles sur le <b>Répertoire des analyses</b>		
<sup>3</sup> Pour toute question concernant une analyse, la couleur d'un tube, le type de contenant à utiliser, les délais, le transport, la disponibilité d'une analyse, etc., veuillez consulter le <b>Répertoire des analyses</b> en ligne SVP.		

REQUÊTE D'ANALYSE DE BIOCHIMIE ET HÉMATOLOGIE (F-G-40-7)