



# Dpt. Biochimie et Pharmaco-Toxicologie - CB

Etiquette Patient

Etiquette UF

Signature Prescripteur

**POLE DE BIOLOGIE PATHOLOGIE**

Nom : \_\_\_\_\_  
 Prénoms : \_\_\_\_\_  
 Date de naissance : \_\_\_\_\_ Sexe : \_\_\_\_\_  
 Prescripteur : \_\_\_\_\_ Préleveur : \_\_\_\_\_



Heure : (Obligatoire) \_\_\_\_\_ h \_\_\_\_\_ mn

**Coller les étiquettes bien droites, sans descendre en deça de la ligne**

**• Identité et signature du prescripteur  
• Identité du préleveur**

**Remplir toutes les coches numériques, un chiffre par case sans dépasser du carré**

**Renseignements Cliniques :**  
 A jeun  Grossesse  FIV  DDR ou jour du cycle : \_\_\_\_\_  
 Gaz  CO2  Calcium  
 et Capillaires héparinés (transport)  
 Artériel  Veineux  Capillaire  
 Température : \_\_\_\_\_ °C  
 Patient sous O2



**Cocher les cases qui correspondent aux examens demandés sans dépasser du carré, ne pas raturer la fiche**

**Examens demandés :**

<input type="checkbox"/> Ionogramme (Na, K, Cl, RA)	<input type="checkbox"/> Bilirubine totale	<input type="checkbox"/> Bilan Martial - Anémie	<input type="checkbox"/> Hormonologie
<input type="checkbox"/> Sodium	<input type="checkbox"/> Bilirubine directe	<input type="checkbox"/> Fer	<input type="checkbox"/> hCG
<input type="checkbox"/> Potassium	<input type="checkbox"/> Phosphatases Alcalines	<input type="checkbox"/> Transferrine (CST)	<input type="checkbox"/> FIV (E2, PG, LH)
<input type="checkbox"/> Chlore	<input type="checkbox"/> Gamma GT	<input type="checkbox"/> Ferritine	<input type="checkbox"/> Estradiol (E2)
<input type="checkbox"/> Réserve Alcaline (RA)	<input type="checkbox"/> ALAT (SGPT)	<input type="checkbox"/> Folates	<input type="checkbox"/> FSH
<input type="checkbox"/> Glucose	<input checked="" type="checkbox"/> ASAT (SGOT)	<input type="checkbox"/> à l'abri de	<input type="checkbox"/> LH
<input type="checkbox"/> Urée	<input type="checkbox"/> Lipase		
<input type="checkbox"/> Créatinine	<input type="checkbox"/> LDH		
<input type="checkbox"/> Protides	<input type="checkbox"/> CRP		
<input type="checkbox"/> Albumine	<input type="checkbox"/> Haptoglobine		
<input type="checkbox"/> Calcium			
<input type="checkbox"/> Phosphore			
<input type="checkbox"/> Acide urique			

(Transport immédiat à 4°C)

**TUBE EDTA (bouchon mauve)**

BNP  
 Folates érythrocytaires (Tube spécifique, à l'abri de la lumière)

**TUBE HEPARINE (bouchon vert)**

Ammoniaque (Transport immédiat à 4°C)

**TUBE SEC sans gel (bouchon rouge) Médicaments**

**Antibiotiques**

Amikacine (Amiklin)	<input type="checkbox"/> Pic	<input type="checkbox"/> Vallée	<input type="checkbox"/> Ponctuel
Gentamicine (Gentalline)	<input type="checkbox"/> Pic	<input type="checkbox"/> Vallée	<input type="checkbox"/> Ponctuel
Tobramycine (Nebcine)	<input type="checkbox"/> Pic	<input type="checkbox"/> Vallée	<input type="checkbox"/> Ponctuel
Vancomycine	<input type="checkbox"/> Pic	<input type="checkbox"/> Vallée	<input type="checkbox"/> Perf cont

**Autres médicaments**

<input type="checkbox"/> Carbamazépine (Tégrétol)*	<input type="checkbox"/> Phénytoïne (Dihydan)*
<input type="checkbox"/> Phénobarbital (Gardéнал)*	<input type="checkbox"/> Digoxine*
<input type="checkbox"/> Théophylline*	<input type="checkbox"/> Ac. Valproïque (Dépakine)*
<input type="checkbox"/> Méthotrexate (à l'abri de la lumière)	<input type="checkbox"/> Caféine * concentration résiduelle

**Toxiques**

<input type="checkbox"/> Benzodiazépines
<input type="checkbox"/> Antidépresseurs tricycliques
<input type="checkbox"/> Paracétamol

**TUBE HEPARINE (bouchon vert)**

<input type="checkbox"/> Salicylés	} (sur demande tel.)
<input type="checkbox"/> Carbamates	
<input type="checkbox"/> Méthanol	
<input type="checkbox"/> Ethylène glycol	

Dernière prise médicamenteuse avant le prélèvement : le ...../...../..... heure : .....

Posologie : .....mg /prise ; nombre de prises : ...../jour

Traitement :  O ancien  O nouveau depuis le ...../...../.....

Zone réservée au laboratoire