



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

SANGS EXAMENS REALISES 24H/24

• Identité et signature du prescripteur
• Identité du préleveur

Renseignements Cliniques :
 A jeun Grossesse FIV DDR ou jour du cycle : _____
 Gaz CO2 Calcium
 et Capillaires héparinés (transport)
 Artériel Veineux Capillaire
 Patient sous O2

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

avec gel (bouchon rouge - bague jaune) 7 mL

<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			

!!! STYLO NOIR !!!



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

TUBE SEC sans gel (bouchon rouge) Médicaments

(Transport immédiat à 4°C)

TUBE EDTA (bouchon mauve)	Antibiotiques	Toxiques
<input type="checkbox"/> BNP	Amikacine (Amiklin) <input type="checkbox"/> Pic <input type="checkbox"/> Vallée <input type="checkbox"/> Ponctuel	<input type="checkbox"/> Benzodiazépines
<input type="checkbox"/> Folates érythrocytaires (Tube spécifique, à l'abri de la lumière)	Gentamicine (Gentalline) <input type="checkbox"/> Pic <input type="checkbox"/> Vallée <input type="checkbox"/> Ponctuel	<input type="checkbox"/> Antidépresseurs tricycliques
TUBE HEPARINE (bouchon vert)	Tobramycine (Nebcine) <input type="checkbox"/> Pic <input type="checkbox"/> Vallée <input type="checkbox"/> Ponctuel	<input type="checkbox"/> Paracétamol
<input type="checkbox"/> Ammoniaque (Transport immédiat à 4°C)	Vancomycine <input type="checkbox"/> Pic <input type="checkbox"/> Vallée <input type="checkbox"/> Perf cont	TUBE HEPARINE (bouchon vert)
	Autres médicaments	<input type="checkbox"/> Salicylés } (sur demande tel.)
	<input type="checkbox"/> Carbamazépine (Tégrétol)* <input type="checkbox"/> Phénytoïne (Dihydan)*	<input type="checkbox"/> Carbamates
	<input type="checkbox"/> Phénobarbital (Gardéнал)* <input type="checkbox"/> Digoxine*	<input type="checkbox"/> Méthanol
	<input type="checkbox"/> Théophylline* <input type="checkbox"/> Ac. Valproïque (Dépakine)*	<input type="checkbox"/> Ethylène glycol
	<input type="checkbox"/> Méthotrexate (à l'abri de la lumière) <input type="checkbox"/> Caféine * concentration résiduelle	

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