

# Instruction de remplissage d'un bon de demande de laboratoire

  
Seuls les stylos  
de couleur NOIRE  
et BLEUE  
sont tolérés  
par les scanner

**ATTENTION !**  
Ne jamais  
couvrir  
les codes à  
barres  
ni les marques

Cocher  
correctement les  
analyses  
demandées  
 OK  
 NON

ETIQUETTE PATIENT IPP IPP : Nom : Prénom : DDN :	ETIQUETTE UH SERVICE	ETIQUETTE CODE APH MEDECIN
 <b>HOPITAL AMBROISE PARÉ</b> Service de BIOCHIMIE Ph. De MAZANCOURT Réception : Tél : 01 49 09 53 80 / 63 50 - Fax : 01 49 09 44 70		
Date de prélèvement : <input type="text"/> J <input type="text"/> J <input type="text"/> M <input type="text"/> M <input type="text"/> A <input type="text"/> A Heure du prélèvement : <input type="text"/> H <input type="text"/> H <input type="text"/> M <input type="text"/> M		
Prélèveur : _____ Tel : _____ <input type="checkbox"/> Urgent		
<b>SANG : 1 tube SEC + GEL (jaune)</b> <input type="checkbox"/> Glycémie <input type="checkbox"/> A Jeûn <input type="checkbox"/> PP <input type="checkbox"/> Ionogramme <input type="checkbox"/> Urée <input type="checkbox"/> Créatinine <input type="checkbox"/> Sodium <input type="checkbox"/> Potassium <input type="checkbox"/> Chlore <input type="checkbox"/> CO2 total <input type="checkbox"/> Protéines Clairance selon Cockcroft-Gault <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme Poids (obligatoire) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Kg <input type="checkbox"/> Calcium <input type="checkbox"/> Ac. urique <input type="checkbox"/> Phosphore <input type="checkbox"/> Magnésium <input type="checkbox"/> Albumine <input type="checkbox"/> Ph.Alc <input type="checkbox"/> GGT <input type="checkbox"/> ASAT <input type="checkbox"/> ALAT <input type="checkbox"/> Bilirubine <input type="checkbox"/> LDH <input type="checkbox"/> CPK <input type="checkbox"/> LDH <input type="checkbox"/> Myoglobine <input type="checkbox"/> Amylase <input type="checkbox"/> Lipase <input type="checkbox"/> CRP <input type="checkbox"/> Cholestérol total <input type="checkbox"/> Triglycérides <input type="checkbox"/> HDLc + Chol. + Trigly + LDLc <input type="checkbox"/> Fer / Transferrine / Coef. saturation <input type="checkbox"/> Osmolalité <b>SANG : 1 tube SEC + GEL (jaune)</b> <input type="checkbox"/> Procalcitonine <b>SANG : 1 tube oxalate fluorure (gris)</b> <input type="checkbox"/> Lactate <small>Transport rapide de la glace</small> Exploration glucidique (voir au dos) <b>SANG : 1 tube EDTA (violet)</b> <input type="checkbox"/> Hb A1c (Hb glyquée)	<b>GAZ DU SANG (seringue héparinée)</b> Transport rapide dans la glace Temp. : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> °C FIO2 (%) : ..... O2 (L) : ..... PEEP : ..... Localisation prélèvement : ..... <input type="checkbox"/> Gaz du sang artériel <input type="checkbox"/> Gaz du sang veineux <input type="checkbox"/> pH veineux <input type="checkbox"/> DAV <input type="checkbox"/> HbCO } <input type="checkbox"/> HbCO } <small>Tube vert / case gel</small> <input type="checkbox"/> MetHb } <input type="checkbox"/> MetHb } <input type="checkbox"/> Ca ionisé } <input type="checkbox"/> Ca ionisé } <small>(tube sec)</small> <b>SANG : 1 tube hépariné SANS GEL (vert)</b> <input type="checkbox"/> Troponine <input type="checkbox"/> NT proBNP <input type="checkbox"/> Ammonémie <small>Transport rapide de la glace</small> <b>SANG : 1 tube SEC + GEL (jaune)</b> <input type="checkbox"/> Ferritine <input type="checkbox"/> Récepteur de la transferrine <input type="checkbox"/> Bilan thyroïdien <input type="checkbox"/> T3 libre <input type="checkbox"/> T4 libre <input type="checkbox"/> TSH us <input type="checkbox"/> FSH <input type="checkbox"/> LH <input type="checkbox"/> Prolactine <input type="checkbox"/> GH <input type="checkbox"/> Cortisol 8h <input type="checkbox"/> Cortisol 16h <input type="checkbox"/> Cortisol heure : <input type="checkbox"/> Cortisol Frein minute <b>Test au Synacthène : Cortisol</b> <input type="checkbox"/> T0 <input type="checkbox"/> T60 mn <input type="checkbox"/> T30)	<b>SANG : 1 tube SEC + GEL (jaune)</b> <input type="checkbox"/> Profil protéique d'orientation <input type="checkbox"/> Profil orientation enfant <input type="checkbox"/> Profil protéique + C4 <input type="checkbox"/> C3 + C4 (Fractions du complément) <input type="checkbox"/> Profil dénutrition (Alb-préAlb-Oroso) <input type="checkbox"/> Profil immunitaire (IgM, G, A) <input type="checkbox"/> Profil hémolyse (Hapto-Oroso) <input type="checkbox"/> Immunofixation (Typeage Ig monoclonale) <input type="checkbox"/> Chaînes légères libres (Dosage) <input type="checkbox"/> β2 microglobuline <input type="checkbox"/> Homocystéine <small>Transport rapide au laboratoire</small> <b>URINES : (tube 5ml)</b> <input type="checkbox"/> Echantillon <input type="checkbox"/> Urines des 24H (Echantillon) Diurèse des 24H <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Litre <input type="checkbox"/> Ionogramme Ur. <input type="checkbox"/> Ururie <input type="checkbox"/> Glycosurie <input type="checkbox"/> Protéinurie <input type="checkbox"/> Calciurie <input type="checkbox"/> Phosphaturie <input type="checkbox"/> Créatininurie <input type="checkbox"/> Clairance Créat. <input type="checkbox"/> β2microglob. Ur. <input type="checkbox"/> Osmolalité Ur. <input type="checkbox"/> Amylase (Urines fraîches) <input type="checkbox"/> Microalbuminurie <input type="checkbox"/> Bence Jones (Premières urines du matin) <input type="checkbox"/> Créatinivité Ur. (Ech. des 24H) <b>PONCTIONS : (Tube polypropylène)</b> <input type="checkbox"/> LCR (Prot., Gluc.) <input type="checkbox"/> Autres analyses : ..... <input type="checkbox"/> Ascite (Prot., Gluc.) <input type="checkbox"/> Pleurale (Prot., Gluc.) <input type="checkbox"/> Autres analyses : ..... <input type="checkbox"/> Autre nature : ..... <input type="checkbox"/> Prot., Gluc. <input type="checkbox"/> Autres analyses : ..... <b>SANG : 1 tube SEC SANS GEL (rouge)</b> <input type="checkbox"/> Cryoglobuline (transport à 37°C) (Conditions spéciales, voir au dos)
Autres examens (préciser) : _____ (Renseignements cliniques au dos de la feuille)		

**OBLIGATOIRE\***  
Identification  
•PATIENT  
•SERVICE DEMANDEUR (étiquette UH)

sont **OBLIGATOIRES** :  
Le nom du préleveur  
La signature du préleveur  
(pour les demandes IHR)  
La date et l'heure de prélèvement

Pour  
**URGENCES** :  
Cocher la case  
Urgent

Noter le numéro de téléphone.  
En cas de dysfonctionnement  
cela facilite le prise en charge  
du prélèvement, et améliore la  
rapidité de rendu de résultat