GCS de Biologie du Territoire de l'Ariège
Chemin de Barrau
CHI des vallées de l'Ariège B.P. 90064
09017 FOIX CEDEX

BON DE DEMANDE D'ANALYSES

AB-PRE-DE-013-V03
Version : 3
Applicable le : 09-01-2023

SERVICE DEMANDEUR
-OBLIGATOIRE-

.....

Nom du MEDECIN prescripteur
-OBLIGATOIRE-

.....

Identification du PATIENT ETIQUETTE ou nom/prénom/Nom de naissance/sexe/date de naissance
-OBLIGATOIRE-

DATE / HEURE de PRELEVEMENT
-OBLIGATOIRE-

…../…./….. ….. h ……

Nom du préleveur :

……

☐ **Bilan URGENT**

Renseignements cliniques et thérapeutiques:

ORDRE des tubes : BLEU ▯ JAUNE ▯ VERT ▯VIOLET ▯ autres

HEMOSTASE
1 Tube BLEU rempli à 100%

Traitement anticoagulant
(Renseignement OBLIGATOIRE)
☐ Oui ☐ Non
Si oui, Nom :……
☐ TP
☐ TP - INR
☐ TCK
☐ Fibrinogène
☐ Héparinémie-Anti-Xa
(Traitement : ……..)
(Heure injection :……)
☐ D-Dimères

☐ Recherche d'Anticoagulants Circulants (ACC)
☐ Facteur V

HEMATOLOGIE
1 Tube VIOLET

☐ NFS
(Num+ Formule + Plaquettes)
☐ Numération simple
☐ Plaquettes seules
☐ Hématocrite
☐ Réticulocytes
☐ Schizocytes

Lames à frottis
☐ Myélogramme

IMMUNO-HEMATOLOGIE
1 Tube VIOLET

☐ Groupe sanguin
(Joindre la vérif. Identité Obligatoire)

☐ RAI **=> 2** ***Tubes VIOLETS*** **pour les Consultations**
☐ Coombs direct ☐ Kleihauer

BIOCHIMIE
1 Tube VERT

☐ BES : Na K Cl CO2 Prot
☐ Na
☐ K
☐ Urée
☐ Créatinine avec CKD-EPI
Glycémie☐ à jeun
☐ post-prandial
☐ Glycémie *site extérieur* (-> sur ***Tube FLUORE GRIS***)
☐ Albumine
☐ Acide urique
☐ Protides
☐ Bilirubine
☐ ASAT-ALAT
☐ PAL
☐ GGT
☐ Lipase
☐ LDH
☐ CPK
☐ Calcium
☐ Phosphore
☐ Magnésium
☐ CRP
☐ Alcoolémie
☐ Toxiques sanguins

1 tube VIOLET
☐ BNP
☐ Troponine (CHIVA)

1 tube VERT
☐ Troponine (CHAC)

BIOCHIMIE
1 Tube JAUNE

☐ Vitamine D
☐ Coefficient de saturation de la transferrine*(->Fer+Transferrine)*
☐ Transferrine
☐ Pré-albumine
☐ Haptoglobine
☐ IgG ☐ IgA ☐ IgM

1 Tube JAUNE
☐ Cholestérol
☐ Triglycérides
☐ Bilan lipidique

1 Tube JAUNE
☐ Procalcitonine

1 Tube JAUNE
☐ Vitamine B12
☐ Folates

1 Tube JAUNE
☐ Electrophorèse des protéines

1 Tube VIOLET
☐ Hémoglobine glyquée HBA1C

1 Tube VERT foncé sans gel + glace
à envoyer sans délai dans les 15 min
☐ NH3 Ammoniémie

1 Tube ROUGE (sans gel)
☐ Cryoglobuline
Retirer tube 37°C au labo

***1 SERINGUE* à GAZOMETRIE**
à envoyer sans délai < 15 min :
T° : _____ O2:_____
☐ Artériel ☐ Veineux
☐ Capillaire ☐ Ca ionisé seul
☐ Lactates seul

IMMUNOLOGIE
2 *Tubes JAUNES*

☐ Sérologie CMV
☐ Sérologie EBV
☐ Sérologie Hépatite A IgM
☐ Sérologie Hépatite C

- Sérologie Hépatite B :
☐ Dépistage/ diagnostic HBV
☐ Suivi HBV chronique
☐ Contrôle guérison HBV
☐ Statut immunitaire HBV
☐ Surveillance grossesse HBV

☐ Sérologie HIV
☐ Sérologie Rubéole
☐ Sérologie Toxoplasmose
☐ Syphilis Dépistage
☐ Syphilis Suivi traitement

☐ Hepascreen / fibrose
1 Tube VIOLET +1 Tube BLEU + 1 Tube VERT + 1 Tube JAUNE

URINES
1 Tube MARRON

Diurèse : …… mL
☐ BEU : Na K
☐ Urée ☐ Créatinine
☐ Glucosurie
☐ Acide urique
☐ Protéinurie
☐ Electrophorèse des protéines urinaires
☐ Microalbuminurie
☐ Calcium ☐ Phosphore

☐ Toxiques / stupéfiants urinaires

HORMONOLOGIE
1 Tube JAUNE

☐ T3L
☐ T4L
☐ TSH
} Bilan Thyroïdien

☐ Ferritine
☐ PTH
☐ LH
☐ FSH
☐ 17β-oestradiol
☐ Prolactine
☐ Cortisol
☐ β2 Microglobuline

1 Tube VERT
☐ βhCG dosage

MARQUEURS
2 *Tubes JAUNES*

☐ ACE
☐ AFP
☐ PSA
☐ CA 125
☐ CA 19-9
☐ CA 15-3

MEDICAMENTS
Heure de prise :
……
Posologie :
……
Prélèvement résiduel ☐
au pic ☐

1 Tube JAUNE
☐ Lithium

1 Tube VERT
☐ Paracétamol

1 Tube ROUGE (sans gel)
☐ Acide Valproïque
☐ Amikacine
☐ Digoxine
☐ Gentamicine
☐ Vancomycine

Pour toute autre analyse : consulter le **Manuel de prélèvement** disponible sur intranet CHIVA ou Dx-Care
http://chva.manuelprelevement.fr

CADRE RESERVE AU LABORATOIRE
N° de travail du labo

Conformité de la prescription (initiales) :

Conformité des échantillons (initiales) :

COMMENTAIRES éventuels sur le prélèvement, (Problèmes et/ou difficultés rencontrées) :
Prélèvement veineux ☐ Sanguin sur cathéter : ☐

AUTRES EXAMENS demandés :

LA VERSION ELECTRONIQUE FAIT FOI