

**FEUILLE DE PRESCRIPTION**

Date : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

<b>PATIENT</b> Nom : ..... Prénom(s) : ..... Date de naissance : ____ / ____ / ____ Sexe : ..... Contact : .....	<b>PRESCRIPTEUR</b> (Destinataire du compte-rendu)	<b>PRELEVEUR</b> Identité : ..... Fonction/Service : ..... Date : ____ / ____ / ____ Heure : ____ h : ____ mn
--	---	---

**RENSEIGNEMENTS CLINIQUES :** .....

Traitement en cours:  Non  Oui :

<b>BIOCHIMIE SANGUINE</b> <input type="checkbox"/> Acide urique* <input type="checkbox"/> ALAT <input type="checkbox"/> ASAT <input type="checkbox"/> GGT <input type="checkbox"/> Amylase <input type="checkbox"/> Lipase <input type="checkbox"/> Bicarbonate <input type="checkbox"/> Bili totale <input type="checkbox"/> Bili conjuguée <input type="checkbox"/> CA* <input type="checkbox"/> Phosphore <input type="checkbox"/> Mg <input type="checkbox"/> Cholestérol T* <input type="checkbox"/> HDL <input type="checkbox"/> Trigly* <input type="checkbox"/> CK/CPK <input type="checkbox"/> CRP <input type="checkbox"/> CKMB <input type="checkbox"/> Troponine <input type="checkbox"/> Créatinine <input type="checkbox"/> Urée <input type="checkbox"/> Iono <input type="checkbox"/> Electrophorèse des protéines <input type="checkbox"/> Fer <input type="checkbox"/> Ferritine <input type="checkbox"/> Glycémie* <input type="checkbox"/> HGPS** <input type="checkbox"/> O'Sullivan° <input type="checkbox"/> OMS** <input type="checkbox"/> HGPO** <input type="checkbox"/> GPP <input type="checkbox"/> Hémoglobine glyquée (HBA1C) <input type="checkbox"/> PAL <input type="checkbox"/> LDH <input type="checkbox"/> Protéines	<b>MICROBIOLOGIE</b> <b>Examen cytologique et/ou bactériologique</b> <input type="checkbox"/> Aspiration bronchique <input type="checkbox"/> Biopsie <input type="checkbox"/> Placenta <input type="checkbox"/> HLM <input type="checkbox"/> Cytologie urinaire <input type="checkbox"/> Coproculture <input type="checkbox"/> Cytologie d'un liquide <input type="checkbox"/> Cathéter <input type="checkbox"/> Crachats <input type="checkbox"/> Liquide de ponction <input type="checkbox"/> Liquide gastrique <input type="checkbox"/> Hélicobater pylori (selles) <input type="checkbox"/> Hémoculture <input type="checkbox"/> Prélèvement de gorge et sphère ORL <input type="checkbox"/> Prélèvement urétral (PUR - CHLA - PLASM) <input type="checkbox"/> Prélèvement vaginal (PV - CHLA - PLASM) <input type="checkbox"/> Prélèvement vulvaire <input type="checkbox"/> Pus profond <input type="checkbox"/> Pus superficiel <input type="checkbox"/> Urines (ECBU)	<b>SEROLOGIE</b> <input type="checkbox"/> Amibiase <input type="checkbox"/> Bilharziose <input type="checkbox"/> ASLO <input type="checkbox"/> IgE Total <input type="checkbox"/> Facteur rhumatoïde <input type="checkbox"/> Chlamydia trachomatis <input type="checkbox"/> Cysticercose <input type="checkbox"/> Cysticercose (LCR) <input type="checkbox"/> Hépatite A : IgM anti-HAV ●Hépatite B : <input type="checkbox"/> Anticorps totaux anti-HBs <input type="checkbox"/> Anticorps IgM anti-HBc <input type="checkbox"/> Antigène HBe <input type="checkbox"/> Antigène HBs <input type="checkbox"/> Hépatite C : IgG anti-HCV <input type="checkbox"/> HIV 1, 2 <input type="checkbox"/> HIV western blot <input type="checkbox"/> Rubéole <input type="checkbox"/> Salmonellose (Widal Felix) <input type="checkbox"/> Syphilis <input type="checkbox"/> Toxoplasmose
<b>BIOCHIMIE URINAIRE</b> ●Echantillon <input type="checkbox"/> Albumine <input type="checkbox"/> Glucose <input type="checkbox"/> Acétone <input type="checkbox"/> Leucocyte <input type="checkbox"/> Nitrite <input type="checkbox"/> pH <input type="checkbox"/> Pigments biliaires <input type="checkbox"/> Sang ●Urines de 24h <input type="checkbox"/> Acide urique <input type="checkbox"/> Calcium <input type="checkbox"/> Créatinine <input type="checkbox"/> Glucose <input type="checkbox"/> Ionogramme <input type="checkbox"/> Magnésium <input type="checkbox"/> Microalbumine <input type="checkbox"/> Phosphore <input type="checkbox"/> Protéines <input type="checkbox"/> Urée	<b>PARASITOLOGIE</b> ●Selles : <input type="checkbox"/> Amibes <input type="checkbox"/> Bilharziose <input type="checkbox"/> Scotch test <input type="checkbox"/> Kystes, Œufs, Parasites <input type="checkbox"/> Sang <input type="checkbox"/> Vers adultes (identification) ●Urines : <input type="checkbox"/> Bilharziose	<b>MARQUEURS TUMORAUX</b> <input type="checkbox"/> ACE <input type="checkbox"/> AFP <input type="checkbox"/> CA15-3 <input type="checkbox"/> PSA libre (inclu systématiquement le PSA total) <input type="checkbox"/> PSA total
<b>BIOCHIMIE DIVERSE</b> <input type="checkbox"/> Biochimie d'un LCR <input type="checkbox"/> Biochimie d'un liquide de ponction	<b>SPERMIOLOGIE (Réalisée uniquement au CBC Avaradoha)</b> <input type="checkbox"/> Spermocytogramme <input type="checkbox"/> Spermoculture <input type="checkbox"/> Test de Hühner	<b>HORMONOLOGIE</b> <input type="checkbox"/> β-HCG <input type="checkbox"/> Cortisol à ..... heures <input type="checkbox"/> Cortisol à 8 heures <input type="checkbox"/> Cortisol à 16 heures <input type="checkbox"/> Cortisol Urinaire (urines de 24h) <input type="checkbox"/> Test au Synacthène* <input type="checkbox"/> FSH <input type="checkbox"/> LH <input type="checkbox"/> Œstradiol <input type="checkbox"/> Progestérone <input type="checkbox"/> Prolactine* <input type="checkbox"/> T3L <input type="checkbox"/> T4L <input type="checkbox"/> TSH
<b>HEMATOLOGIE</b> <input type="checkbox"/> Coombs direct <input type="checkbox"/> Drépanocytes <input type="checkbox"/> Groupe sanguin <input type="checkbox"/> Filariose <input type="checkbox"/> Hématies ponctuées <input type="checkbox"/> NFS <input type="checkbox"/> VS <input type="checkbox"/> Plaquette seule <input type="checkbox"/> Paludisme <input type="checkbox"/> Parasites <input type="checkbox"/> RAI <input type="checkbox"/> Réticulocytes <input type="checkbox"/> Electrophorèse de l'hémoglobine	<b>MYCOLOGIE</b> <input type="checkbox"/> Examen mycologique : site ..... <input type="checkbox"/> Pityriasis versicolor (recherche) <input type="checkbox"/> Levures / <i>Cryptococcus neoformans</i>	<b>MYCOBACTERIE</b> <input type="checkbox"/> Examen direct <input type="checkbox"/> Culture <input type="checkbox"/> Test de sensibilité aux antituberculeux

**HEMOSTASE**  
 Temps de Quick / INR  
 TCA  Fibrinogène  
 D-dimères  TS

**AUTRES EXAMENS DEMANDES:**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**(\*) : Prélèvement à réaliser à jeun,**  
**(°) : Examens nécessitant une attente d'1h ou 2h ou 3h entre l'ingestion de glucose et le prélèvement, selon l'analyse,**  
**..... : Examens nécessitant des conditions particulières de prélèvement, merci de s'informer au préalable auprès du laboratoire**

**Horaires de prélèvement et réception des prélèvements :**  
**○Centres de prélèvement : Jours ouvrables : 7h00 à 15h00 ; Samedi : 7h00 à 14h00**  
**○Avaradoha : 7j/7 et 24h/24 (sauf les prélèvements génitaux qui sont à réaliser de 7h à 16h)**

CODIFICATION CBC MP-001/01	VERSION 3	DATE D'APPLICATION 15/09/2015
-------------------------------	--------------	----------------------------------