

**FEUILLE DE PRESCRIPTION**

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

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

<p><b>RENSEIGNEMENTS CLINIQUES :</b> .....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>Traitement en cours: <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui :</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
--	---

<p><b>BIOCHIMIE SANGUINE</b></p> <p><input type="checkbox"/> Acide urique*</p> <p><input type="checkbox"/> ALAT      <input type="checkbox"/> ASAT      <input type="checkbox"/> GGT</p> <p><input type="checkbox"/> Amylase      <input type="checkbox"/> Lipase</p> <p><input type="checkbox"/> Bicarbonate</p> <p><input type="checkbox"/> Bili totale      <input type="checkbox"/> Bili conjuguée</p> <p><input type="checkbox"/> CA*      <input type="checkbox"/> Phosphore      <input type="checkbox"/> Mg</p> <p><input type="checkbox"/> Cholestérol T*      <input type="checkbox"/> HDL      <input type="checkbox"/> Trigly*</p> <p><input type="checkbox"/> CK/CPK      <input type="checkbox"/> CRP</p> <p><input type="checkbox"/> CKMB      <input type="checkbox"/> Troponine</p> <p><input type="checkbox"/> Créatinine      <input type="checkbox"/> Urée      <input type="checkbox"/> Iono</p> <p><input type="checkbox"/> Electrophorèse des protéines</p> <p><input type="checkbox"/> Fer      <input type="checkbox"/> Ferritine</p> <p><input type="checkbox"/> Glycémie*      <input type="checkbox"/> HGPS**</p> <p><input type="checkbox"/> O'Sullivan°      <input type="checkbox"/> OMS**</p> <p><input type="checkbox"/> HGPO**      <input type="checkbox"/> GPP</p> <p><input type="checkbox"/> Hémoglobine glyquée (HBA1C)</p> <p><input type="checkbox"/> PAL      <input type="checkbox"/> LDH</p> <p><input type="checkbox"/> Protéines      <input type="checkbox"/> Vit D</p> <p><input type="checkbox"/> Capacité de saturation Transferrine</p> <p><b>BIOCHIMIE URINAIRE</b></p> <p>●Echantillon</p> <p><input type="checkbox"/> Albumine – Glucose – Acétone – pH</p> <p>Leucocyte - Nitrite - Urobilinogène</p> <p>Sang</p> <p>●Urines de 24h</p> <p><input type="checkbox"/> Acide urique      <input type="checkbox"/> Calcium</p> <p><input type="checkbox"/> Créatinine      <input type="checkbox"/> Glucose</p> <p><input type="checkbox"/> Ionogramme      <input type="checkbox"/> Magnésium</p> <p><input type="checkbox"/> Microalbumine      <input type="checkbox"/> Phosphore</p> <p><input type="checkbox"/> Protéines      <input type="checkbox"/> Urée</p> <p><b>BIOCHIMIE DIVERSE</b></p> <p><input type="checkbox"/> Biochimie d'un LCR</p> <p><input type="checkbox"/> Biochimie d'un liquide de ponction</p>	<p><b>MICROBIOLOGIE</b></p> <p><b>Examen cytologique et/ou bactériologique</b></p> <p><input type="checkbox"/> Aspiration bronchique</p> <p><input type="checkbox"/> Biopsie      <input type="checkbox"/> Placenta</p> <p><input type="checkbox"/> HLM      <input type="checkbox"/> Cytologie urinaire</p> <p><input type="checkbox"/> Coproculture</p> <p><input type="checkbox"/> Cytologie d'un liquide</p> <p><input type="checkbox"/> Cathéter      <input type="checkbox"/> Crachats</p> <p><input type="checkbox"/> Liquide de ponction</p> <p><input type="checkbox"/> Liquide gastrique</p> <p><input type="checkbox"/> Hélicobater pylori (selles)</p> <p><input type="checkbox"/> Hémoculture</p> <p><input type="checkbox"/> Prélèvement de gorge et sphère ORL</p> <p><input type="checkbox"/> Prélèvement urétral (PUR - CHLA - PLASM)</p> <p><input type="checkbox"/> Prélèvement vaginal (PV – CHLA – PLASM)</p> <p><input type="checkbox"/> Prélèvement vulvaire</p> <p><input type="checkbox"/> Pus profond      <input type="checkbox"/> Pus superficiel</p> <p><input type="checkbox"/> Urines (ECBU)</p> <p><b>PARASITOLOGIE</b></p> <p>●Selles :</p> <p><input type="checkbox"/> Amibes      <input type="checkbox"/> Bilharziose</p> <p><input type="checkbox"/> Scotch test      <input type="checkbox"/> Kystes, Œufs, Parasites</p> <p><input type="checkbox"/> Sang</p> <p><input type="checkbox"/> Vers adultes (identification)</p> <p>●Urines :</p> <p><input type="checkbox"/> Bilharziose</p> <p><b>SPERMIOLOGIE (Réalisée uniquement au CBC Avaradoha)</b></p> <p><input type="checkbox"/> Spermocytogramme      <input type="checkbox"/> Spermoculture</p> <p><input type="checkbox"/> Test de Hühner</p> <p><b>MYCOLOGIE</b></p> <p><input type="checkbox"/> Examen mycologique : site .....</p> <p><input type="checkbox"/> <i>Ptyriasis versicolor</i> (recherche)</p> <p><input type="checkbox"/> Levures / <i>Cryptococcus neoformans</i></p> <p><b>MYCOBACTERIES :</b></p> <p><input type="checkbox"/> GENEXPERT Crachats</p> <p><input type="checkbox"/> GENEXPERT Autres (Liquides, Urines, ...)</p>	<p><b>PRELEVEMENT SANGUIN</b></p> <p><b>SEROLOGIE</b></p> <p><input type="checkbox"/> Amibiase      <input type="checkbox"/> Bilharziose</p> <p><input type="checkbox"/> ASLO      <input type="checkbox"/> IgE Total</p> <p><input type="checkbox"/> Facteur rhumatoïde</p> <p><input type="checkbox"/> Chlamydia trachomatis</p> <p><input type="checkbox"/> Cysticercose      <input type="checkbox"/> Cysticercose (LCR)</p> <p><input type="checkbox"/> Hépatite A : IgM anti-HAV</p> <p>●Hépatite B :</p> <p><input type="checkbox"/> Anticorps totaux anti-HBs</p> <p><input type="checkbox"/> Anticorps IgM anti-HBc</p> <p><input type="checkbox"/> Antigène HBe</p> <p><input type="checkbox"/> : Antigène HBs</p> <p><input type="checkbox"/> Hépatite C : IgG anti-HCV</p> <p><input type="checkbox"/> HIV 1, 2      <input type="checkbox"/> Rubéole      <input type="checkbox"/> SARS-COV2</p> <p><input type="checkbox"/> Salmonellose (Widal Felix)</p> <p><input type="checkbox"/> Syphilis      <input type="checkbox"/> Toxoplasmose</p> <p><b>IMMUNOLOGIE</b></p> <p><input type="checkbox"/> Anticorps Anti - THYROGLOBULINE</p> <p><input type="checkbox"/> Anticorps Anti - THYROPEROXYDASE</p> <p><b>MARQUEURS TUMORAUX</b></p> <p><input type="checkbox"/> ACE      <input type="checkbox"/> AFP      <input type="checkbox"/> CA 125      <input type="checkbox"/> CA 15-3</p> <p><input type="checkbox"/> CA 19-9      <input type="checkbox"/> CIFRA 21      <input type="checkbox"/> NSE      <input type="checkbox"/> SCC</p> <p><input type="checkbox"/> PSA libre (inclut systématiquement le PSA total)      <input type="checkbox"/> PSA total</p> <p><b>HORMONOLOGIE</b></p> <p><input type="checkbox"/> β-HCG      <input type="checkbox"/> Cortisol à ..... h</p> <p><input type="checkbox"/> Cortisol à 8 h      <input type="checkbox"/> Cortisol à 16 h</p> <p><input type="checkbox"/> Test au Synacthène*</p> <p><input type="checkbox"/> FSH      <input type="checkbox"/> LH      <input type="checkbox"/> Œstradiol</p> <p><input type="checkbox"/> Progestérone      <input type="checkbox"/> Prolactine*</p> <p><input type="checkbox"/> T3L      <input type="checkbox"/> T4L      <input type="checkbox"/> TSH</p> <p><input type="checkbox"/> PTH Intact</p> <p><b>PRELEVEMENT URINAIRE</b></p> <p><b>HORMONOLOGIE :</b> <input type="checkbox"/> Cortisol Urinaire (urines de 24h)</p> <p><b>DOSAGE DE MEDICAMENTS :</b></p> <p><input type="checkbox"/> TACROLIMUS</p>
<p><b>AUTRES EXAMENS DEMANDES:</b></p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>		

<p><b>(*) : Prélèvement à réaliser à jeun,</b></p> <p><b>(°) : Examens nécessitant une attente d'1h ou 2h ou 3h entre l'ingestion de glucose et le prélèvement, selon l'analyse,</b></p> <p><b>..... : Examens nécessitant des conditions particulières de prélèvement, merci de s'informer au préalable auprès du laboratoire</b></p>	<p><b>Horaires de prélèvement et réception des prélèvements :</b></p> <p><b>○Centres de prélèvement : Jours ouvrables : 7h00 à 15h00 ; Samedi : 7h00 à 14h00</b></p> <p><b>○Avaradoha : 7j/7 et 24h/24 (sauf les prélèvements génitaux qui sont à réaliser de 6h à 15h)</b></p>
--	---

CODIFICATION	VERSION	DATE D'APPLICATION
CBC MP-001/01	5	15/07/2020