

CBC MP-001/01	FEUILLE DE PRESCRIPTION	Date d'application : 04/11/2022 Version : 06
----------------------	--------------------------------	--

Date : ____ / ____ / ____

PATIENT Nom : Prénom(s) : Date de naissance : ____/____/____ Sexe : Contact :	PRESCRIPTEUR <i>(Destinataire du compte-rendu)</i>	PRELEVEUR Identité : Fonction/Service : Date et heure :
--	--	---

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES : Traitement en cours: Non Oui :

<p>BIOCHIMIE SANGUINE</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"/> Bili totale <input type="checkbox"/> Bili conjuguée</p> <p><input type="checkbox"/> Calcium* <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"/> NT-proBNP <input type="checkbox"/> Troponine <input type="checkbox"/> CKMB</p> <p><input type="checkbox"/> Créatinine <input type="checkbox"/> Urée <input type="checkbox"/> Iono</p> <p><input type="checkbox"/> Bicarbonate</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"/> HBA1C <input type="checkbox"/> Fructosamine</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>BIOCHIMIE URINAIRE</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>BIOCHIMIE DIVERSE</p> <p><input type="checkbox"/> Biochimie d'un LCR</p> <p><input type="checkbox"/> Biochimie d'un liquide de ponction</p>	<p>PRELEVEMENT SANGUIN</p> <p>SEROLOGIE</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 HBc</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"/> Salmonelle (Widal Felix)</p> <p><input type="checkbox"/> Syphilis <input type="checkbox"/> Toxoplasmose</p> <p>IMMUNOLOGIE</p> <p><input type="checkbox"/> Anticorps Anti - THYROGLOBULINE</p> <p><input type="checkbox"/> Anticorps Anti - THYROPEROXYDASE</p> <p>MARQUEURS TUMORAUX</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 (includ systématiquement le PSA total) <input type="checkbox"/> PSA total</p> <p>HORMONOLOGIE</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"/> AMH <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>PRELEVEMENT URINAIRE</p> <p>HORMONOLOGIE : <input type="checkbox"/> Cortisol Urinaire (urines de 24h)</p> <p>CHARGES VIRALES :</p> <p><input type="checkbox"/> HEPATITE B <input type="checkbox"/> HEPATITE C <input type="checkbox"/> HIV</p> <p><input type="checkbox"/> PCR Covid-19</p> <p>DOSAGE DE MEDICAMENTS : <input type="checkbox"/> TACROLIMUS</p> <p>AUTRES EXAMENS DEMANDES :</p>	<p>MICROBIOLOGIE</p> <p>Examen cytologique et/ou bactériologique</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)</p> <p><input type="checkbox"/> Prélèvement vaginal (PV – CHLA)</p> <p><input type="checkbox"/> PCR CHLAMYDIA - GONO</p> <p><input type="checkbox"/> Recherche HPV</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>PARASITOLOGIE</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>SPERMIOLOGIE (Réalisée uniquement au CBC Avaradoha)</p> <p><input type="checkbox"/> Spermocytogramme <input type="checkbox"/> Spermoculture</p> <p><input type="checkbox"/> Test de Hühner</p> <p>MYCOLOGIE</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>MYCOBACTERIES :</p> <p><input type="checkbox"/> GENEXPERT Crachats</p> <p><input type="checkbox"/> GENEXPERT Autres (Liquides, Urines, ...)</p> <p><input type="checkbox"/> QuantIFERON TB Gold Plus (prélèvement sanguin uniquement au laboratoire du lundi au jeudi de 6h à 16h)</p>
--	---	--

(*) : 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 6h à 15h)

REDACTEUR RAMPARANY Lovasoa	VERIFICATEUR RATSIMA Elisoa	APPROBATEUR RANDRIANIRINA Frédérique
Date et visa : 03/11/2022	Date et visa : 03/11/2022	Date et visa : 03/11/2022