

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 (Destinataire du compte-rendu)	PRELEVEUR Identité : Fonction/Service : Date et heure :
--	---	---

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES : **Traitement en cours :** Non Oui

<p>BIOCHIMIE SANGUINE</p> <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"/> Bili totale <input type="checkbox"/> Bili conjuguée <input type="checkbox"/> Calcium* <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"/> NT-proBNP <input type="checkbox"/> Troponine <input type="checkbox"/> CKMB <input type="checkbox"/> Créatinine <input type="checkbox"/> Urée <input type="checkbox"/> Iono <input type="checkbox"/> Bicarbonate <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"/> Dépistage du diabète gestationnel avec charge de 75g de glucose*° <input type="checkbox"/> HBA1C <input type="checkbox"/> Fructosamine <input type="checkbox"/> PAL <input type="checkbox"/> LDH <input type="checkbox"/> Protéines <input type="checkbox"/> Vit D <input type="checkbox"/> Capacité de saturation Transferrine <p>BIOCHIMIE URINAIRE</p> <p>●Echantillon</p> <input type="checkbox"/> Albumine – Glucose – Acétone – pH <input type="checkbox"/> Leucocyte - Nitrite - Urobilinogène <input type="checkbox"/> Sang <p>●Urines de 24h</p> <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 <p>BIOCHIMIE DIVERSE</p> <input type="checkbox"/> Biochimie d'un LCR <input type="checkbox"/> Biochimie d'un liquide de ponction <p>HEMATOLOGIE [PRELEVEMENT SANGUIN]</p> <input type="checkbox"/> Drépanocytes <input type="checkbox"/> Electrophorèse des hémoglobines <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"/> Réticulocytes <p>HEMOSTASE [PRELEVEMENT SANGUIN]</p> <input type="checkbox"/> Temps de Quick / INR <input type="checkbox"/> TCA <input type="checkbox"/> Fibrinogène <input type="checkbox"/> D-dimères <input type="checkbox"/> TS	<p>PRELEVEMENT SANGUIN</p> <p>SEROLOGIE</p> <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 <p>●Hépatite B :</p> <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"/> Rubéole <input type="checkbox"/> SARS-COV2 <input type="checkbox"/> Salmonellose (Widal Felix) <input type="checkbox"/> Syphilis <input type="checkbox"/> Toxoplasmose <p>IMMUNOLOGIE</p> <input type="checkbox"/> Anticorps Anti - THYROGLOBULINE <input type="checkbox"/> Anticorps Anti - THYPEROXYDASE <p>MARQUEURS TUMORAUX</p> <input type="checkbox"/> ACE <input type="checkbox"/> AFP <input type="checkbox"/> CA 125 <input type="checkbox"/> CA 15-3 <input type="checkbox"/> CA 19-9 <input type="checkbox"/> CIFRA 21 <input type="checkbox"/> NSE <input type="checkbox"/> SCC <input type="checkbox"/> PSA libre (inclut systématiquement le PSA total) <input type="checkbox"/> PSA total <p>HORMONOLOGIE</p> <input type="checkbox"/> β-HCG <input type="checkbox"/> Cortisol à h <input type="checkbox"/> Cortisol à 8 h <input type="checkbox"/> Cortisol à 16 h <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"/> AMH <input type="checkbox"/> Prolactine* <input type="checkbox"/> T3L <input type="checkbox"/> T4L <input type="checkbox"/> TSH <input type="checkbox"/> PTH Intact <p>PRELEVEMENT URINAIRE</p> <p>HORMONOLOGIE : <input type="checkbox"/> Cortisol Urinaire (urines de 24h)</p> <p>CHARGES VIRALES :</p> <input type="checkbox"/> HEPATITE B <input type="checkbox"/> HEPATITE C <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> PCR Covid-19 <p>DOSAGE DE MEDICAMENTS : <input type="checkbox"/> TACROLIMUS</p> <p>AUTRES EXAMENS DEMANDES :</p>	<p>MICROBIOLOGIE</p> <p>Examen cytologique et/ou bactériologique</p> <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"/> Hémoduculture <input type="checkbox"/> Prélèvement de gorge et sphère ORL <input type="checkbox"/> Prélèvement urétral (PUR - CHLA) <input type="checkbox"/> Prélèvement vaginal (PV - CHLA) <input type="checkbox"/> PCR CHLAMYDIA - GONO <input type="checkbox"/> Recherche HPV <input type="checkbox"/> Prélèvement vulvaire <input type="checkbox"/> Pus profond <input type="checkbox"/> Pus superficiel <input type="checkbox"/> Urines (ECBU) <p>PARASITOLOGIE</p> <p>●Selles :</p> <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) <p>●Urines :</p> <input type="checkbox"/> Bilharziose <p>SPERMIOLOGIE / Réalisée uniquement au CBC Avaradoha)</p> <input type="checkbox"/> Spermocytogramme <input type="checkbox"/> Spermoculture <input type="checkbox"/> Test de Hühner <p>MYCOLOGIE</p> <input type="checkbox"/> Examen mycologique : site <input type="checkbox"/> <i>Ptyriasis versicolor</i> (recherche) <input type="checkbox"/> Levures / <i>Cryptococcus neoformans</i> <p>MYCOBACTERIES :</p> <input type="checkbox"/> GENEXPERT Crachats <input type="checkbox"/> GENEXPERT Autres (Liquides, Urines, ...) <input type="checkbox"/> QuantiFERON TB Gold Plus (prélèvement sanguin uniquement au laboratoire du lundi au jeudi de 6h à 16h)
---	---	---

Horaires de prélèvement et réception des prélèvements :

●Centre de prélèvement Ankorondrano: Jours ouvrables : 7h00 à 15h00 ; Samedi : 7h00 à 14h00

●Centre de prélèvement Anosy : Jours ouvrables : 6h00 à 16h30 ; Samedi, Dimanche et jours fériés : 7h00 à 14h30

●Avaradoha : 7j/7 et 24h/24 (sauf les prélèvements génitaux qui sont à réaliser de 6h à 15h)

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