



CENTRE HOSPITALIER DE RODEZ - LABORATOIRE DE BIOLOGIE (feuille 3)

Nom :	DATE :	RENS.CLINIQUES	CADRE RESERVE AU LABORATOIRE
Prénom :	HEURE :	Chimiothérapie <input type="checkbox"/>	Préleveur/Prescripteur absent <input type="checkbox"/>
Né(e) le :		Diabète <input type="checkbox"/>	Défaut d'hygiène <input type="checkbox"/>
Sexe :		Hétopathie <input type="checkbox"/>	Echantillon inadapté <input type="checkbox"/>
Date d'entrée :		Insuf. hépatique <input type="checkbox"/>	Echantillon mal ou non identifié <input type="checkbox"/>
N° d'Hospitalisation :	SERVICE :	Thrombose <input type="checkbox"/>	Prescription hors liste de garde <input type="checkbox"/>
Préleveur:	Prescripteur:	Grossesse <input type="checkbox"/>	Décal d'acheminement dépassé <input type="checkbox"/>
		URGENT <input type="checkbox"/>	

EXAMENS DE GARDE

<p>HEMATOLOGIE (1 tube EDTA Violet)</p> <p><input type="checkbox"/> NFS - Plaquettes <input type="checkbox"/> Plaquettes seules <input type="checkbox"/> Recherche de paludisme</p> <p>HEMOSTASE (1 tube CITRATE Bleu)</p> <p>TRAITEMENT ANTICOAGULANT (renseignements obligatoires)</p> <p><input type="checkbox"/> Pas de traitement anticoagulant <input type="checkbox"/> AVK (Préviscan, Sintrom...)(1) <input type="checkbox"/> HBPM (Lovenox...)(1) <input type="checkbox"/> Hép.Stand. (Calciparine...)(1) <input type="checkbox"/> Autre (Orgaran Pradaxa...)(1) <input type="checkbox"/> Relais Hép/AVK <input type="checkbox"/> Arrêt AVK < 10 jours</p> <p>EXAMENS</p> <p><input type="checkbox"/> Bilan pré-opératoire (TP,TCA) <input type="checkbox"/> TP (INR si AVK) <input type="checkbox"/> TCA <input type="checkbox"/> Fibrinogène <input type="checkbox"/> D-Dimères <input type="checkbox"/> AntiXa (HBPM) (1) <input type="checkbox"/> AntiXa (Hép. stand.) (1) <input type="checkbox"/> Bilan CIVD(+1 tube citrate bleu) (TP, TCA, PDF, CS, FIB)</p>	<p>BIOCHIMIE SANG (1 tube Hépariné Vert sauf *)</p> <p>EXAMENS ISOLÉS</p> <p><input type="checkbox"/> Ac. Lactique * (1gris fluoré) <input type="checkbox"/> Ac. Urrique <input type="checkbox"/> Ammonémie* (1 EDTA, violet-glace) <input type="checkbox"/> NT pro BNP <input type="checkbox"/> ASAT -ALAT (TGO-TGP) <input type="checkbox"/> Béta HCG <input type="checkbox"/> D. règles :</p>	<p>BILANS</p> <p><input type="checkbox"/> BES (Na, K, Cl) <input type="checkbox"/> Iono (Na, K, Cl, CO₂, Prot.) <input type="checkbox"/> Iono + U, G, Créat., Ca <input type="checkbox"/> Iono + U, G, Créat., Ca <input type="checkbox"/> Enzymes Hépatiques (ASAT, ALAT, γGT PAL)</p> <p>GAZ DU SANG (seringue héparinée)</p> <p><input type="checkbox"/> Gazo artérielle (+ lactates) <input type="checkbox"/> Gazo veineuse (+ lactates) <input type="checkbox"/> Calcium ionisé <input type="checkbox"/> avec O₂ :</p> <p><input type="checkbox"/> Indiquer température si différente de 37°</p> <p><input type="checkbox"/> B garde WE/JF <input type="checkbox"/> B garde nuit (20H-8H)</p>	<p>MEDICAMENTS-TOXIQUES (1 tube Hépariné Vert supplémentaire sauf *)</p> <p>RENSEIGNEMENTS MÉDICAMENTS(1)</p> <p><input type="checkbox"/> Indiqués <input type="checkbox"/> Non indiqués } à cocher SVP</p> <p><input type="checkbox"/> Ac. Valproïque (depakine)* (1 sec rouge) <input type="checkbox"/> Alcoolémie <input type="checkbox"/> Carbamazépine (tegreto)</p> <p><input type="checkbox"/> Digoxine <input type="checkbox"/> Lithium* (1 sec rouge) <input type="checkbox"/> Oxy de Carbone* (seringue gazo) <input type="checkbox"/> Paracétamol <input type="checkbox"/> Phénobarbital <input type="checkbox"/> Salicylés</p> <p>URINES</p> <p><input type="checkbox"/> Cocher si recueil des 24 H <input type="checkbox"/> Diurèse :</p> <p><input type="checkbox"/> Créatinine <input type="checkbox"/> Glucose <input type="checkbox"/> Iono (Na, K, Urée, Créat.) <input type="checkbox"/> Protéinurie <input type="checkbox"/> Toxiques (opiacés...)</p>
--	--	--	---

BACTÉRIOLOGIE

Ponctions:	Hémocultures :	<input type="checkbox"/> N°1 <input type="checkbox"/> N°2 <input type="checkbox"/> N°3 <input type="checkbox"/> Hémoc FLACON PEDIATRIQUE	<input type="checkbox"/> ECBU(2) <input type="checkbox"/> Cocher si sondage: Sonde à demeure: <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Coproculture (uniquement si syndrome diarrhéique aigu fébrile) <input type="checkbox"/> Rota/adeno (selles) <input type="checkbox"/> Ag.cryptocoque(LCR, sér.) <input type="checkbox"/> VRS (nasopharyngé) <input type="checkbox"/> Ag légionelle (urines)	<input type="checkbox"/> Aspiration bronchique <input type="checkbox"/> Liq. dialyse <input type="checkbox"/> Liq. gastrique N.Né <input type="checkbox"/> Liq Amiotique <input type="checkbox"/> Placenta <input type="checkbox"/> Oreille N.Né <input type="checkbox"/> PV <input type="checkbox"/> Recherche SAMR <input type="checkbox"/> BHRé plvt rectal (si fécal, récente à l'étanger)
<input type="checkbox"/> Articulaire <input type="checkbox"/> Ascite <input type="checkbox"/> Lombaire <input type="checkbox"/> Pleurale	<input type="checkbox"/> Pic <input type="checkbox"/> Résiduel	<input type="checkbox"/> Amikacine (1) <input type="checkbox"/> Gentamicine (1) <input type="checkbox"/> Vancomycine (1)		

RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES :

(2)Urines-ECBU
Fièvre Oui Non
Signes urinaires Oui Non

(1) : Préciser obligatoirement : Nom du médicament / posologie :

Date de début du traitement :

Date / heure dernière administration :

Horaires d'utilisation de ce bon de demande :
du LUNDI au VENDREDI de 17 h à 7 h de SAMEDI 14 h au LUNDI 7 h.

AXE de LECTURE
CODE à BARRES

EMPLACEMENT
CODE à BARRE
ETIQUETTE UF

EMPLACEMENT
CODE à BARRE
ETIQUETTE PATIENT