



Dre Jasmine NOETZLI, médecin FMH, FAMH
Dre Corinne ANDREUTTI, PhD, microbiologiste FAMH
Monique DESSAUGES, microbiologiste FAMH

Nom _____

Prénom _____

Date de naissance _____ **Sexe** F M

Adresse _____

NPA _____ **Ville** _____

Assurance: _____

Vous ID Patient _____

Ou grande étiquette à coller

URGENT

PORTEUR LENTILLES DE CONTACT

Visa laboratoire
Introduction

étiquettes

Date de prélèvement _____ **Heure de prélèvement** _____ **Initiales du préleveur** _____

Renseignements cliniques:

Médecin demandeur:

Copie(s):

FICHE DE DEMANDE D'ANALYSES - HOPITAL OPHTALMIQUE ROUTINE

Matériel de prélèvement

1	Monovette rouge EDTA 2.7 ml	5	Monovette jaune Flu. de Na 2,7 ml	9	Monovette rouge EDTA 9 ml	60	Centrifuger
2	Monovette blanche 4.5 / 9 ml	6	Monovette orange Hép. Li 2.7 ml	10	Spot urinaire	61	Centrifuger + congeler (-20°C)
3	Monovette verte Cit. de Na 3ml	7	Monovette orange Hép. Li 7.5 ml	40	Protéger de la lumière	§	Analyse génétique: signature du médecin obligatoire
4	Monovette violette Citrate de Na 2 ml	8	Urines de 24h	50	Contactez le laboratoire		

BILAN DE BASE

<input type="checkbox"/> Formule sanguine complète	1
<input type="checkbox"/> Vitesse de sédimentation	4
<input type="checkbox"/> Protéine C réactive (CRP)	2
<input type="checkbox"/> Troponine I	2
<input type="checkbox"/> Formule sanguine simple	1
<input type="checkbox"/> Réticulocytes	1

CHIMIE CLINIQUE

<input type="checkbox"/> Glucose	2	<input type="checkbox"/> Bilirubine totale	2+40
<input type="checkbox"/> Hémoglobine A1c	1	<input type="checkbox"/> Bilirubine directe	2+40
<input type="checkbox"/> Sodium	2	<input type="checkbox"/> ASAT	2
<input type="checkbox"/> Potassium	2	<input type="checkbox"/> ALAT	2
<input type="checkbox"/> Calcium total	2	<input type="checkbox"/> Phosphatase alcaline	2
<input type="checkbox"/> Calcium corrigé (+ albumine)	2	<input type="checkbox"/> γ-GT	2
<input type="checkbox"/> Calcium ionisé	6	<input type="checkbox"/> LDH	2
Stable 15 min à T° ambiante ou 2h à 4°C			
A acheminer au labo sur glace			
<input type="checkbox"/> Lysosyme°	2	<input type="checkbox"/> Amylases totales	2
<input type="checkbox"/> ACE° (enz. de conversion)	2	<input type="checkbox"/> Lipase	2
<input type="checkbox"/> Cholestérol total	2	<input type="checkbox"/> Tryptase°	2
<input type="checkbox"/> Triglycérides	2	<input type="checkbox"/> Electrophorèse des protéines	2
<input type="checkbox"/> HDL Cholestérol	2		
<input type="checkbox"/> LDL Cholestérol	2		
<input type="checkbox"/> Protéines totales	2		
<input type="checkbox"/> Urée	2		
<input type="checkbox"/> Créatinine	2		

AUTO-IMMUNITE + RUMATHO.

<input type="checkbox"/> Screening ANA (FAN)	2
<input type="checkbox"/> Ac anti-DsDNA	2
<input type="checkbox"/> Screening ANCA°	2
<input type="checkbox"/> Ac anti-PR3 (cANCA)°	2
<input type="checkbox"/> Ac anti-MPO (pANCA)°	2
<input type="checkbox"/> Profil ENA (Ac anti-nucléoprotéines)	2
<input type="checkbox"/> Ac anti-SM	2
<input type="checkbox"/> Ac anti-U1RNP	2
<input type="checkbox"/> Ac anti-RNP70	2
<input type="checkbox"/> Ac anti-SSA/Ro	2
<input type="checkbox"/> Ac anti-SSB/La	2
<input type="checkbox"/> Ac anti-Scl-70	2
<input type="checkbox"/> Facteur rhumatoïde	2
<input type="checkbox"/> Ac anti-CCP	2
<input type="checkbox"/> AC Anti-streptolysines° (ASLO)	2
<input type="checkbox"/> AC anti-streptodornase B°	2
<input type="checkbox"/> AC anti-streptokinase°	2

HEMOSTASE

<input type="checkbox"/> TP (Quick)	3
<input type="checkbox"/> aPTT	3
<input type="checkbox"/> Fibrinogène	3
<input type="checkbox"/> TP + INR I-STAT (joindre ticket)	
<input type="checkbox"/> TP + INR CoaguChek (indiquer résultat)	
Résultat INR: _____	
<input type="checkbox"/> Ac. anti-phospholipides°	3
<input type="checkbox"/> Anti-cardiolipines (IgG/A/M)°	3
<input type="checkbox"/> B2-Glycoprot.-1 (IgG/A/M)°	3
<input type="checkbox"/> D-Dimères	3
<input type="checkbox"/> Grande Crase (Thr, Fibr, Protéine C, Protéine S, AT III)	3x3 1
<input type="checkbox"/> Mutation Facteur V Leiden	3+§
<input type="checkbox"/> Mutation Prothrombine (PCR)°	3+§

Urine

<input type="checkbox"/> Urine Stix + sédiment	8
<input type="checkbox"/> Uriculte	10
<input type="checkbox"/> β-2-microglobuline urine°	8
<input type="checkbox"/> Calcium (U de 24 hrs)	8
<input type="checkbox"/> Clearance à la créatinine	2+ 8

Poids _____ kg **Taille** _____ cm

Volume _____ ml **Durée** _____ heures

IMMUNOLOGIE

<input type="checkbox"/> TSH	2
<input type="checkbox"/> T4 libre	2
<input type="checkbox"/> T3 libre	2
<input type="checkbox"/> CEA	2
<input type="checkbox"/> β-2-microglobuline	2
<input type="checkbox"/> Complément C3	2
<input type="checkbox"/> Complément C4	2
<input type="checkbox"/> Récepteur soluble IL2°	2

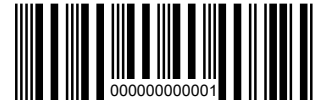
TUBERCULOSE

<input type="checkbox"/> QuantiFERON (Remplace le TB-SPOT)	7
--	---

Acheminement et résultats:
Prélèvement possible 24h/24h 7j/7j
Echantillon à acheminer au laboratoire dans les 16h suivant le prélèvement
Résultats le mercredi et le vendredi

Signature du médecin au verso

° = analyses sous-traitées



IMMUNOLOGIE

<input type="checkbox"/> Vitamine A (rétinol)°	2+40
<input type="checkbox"/> Vitamine B1°	2+40
<input type="checkbox"/> Vitamine B6°	2+40
<input type="checkbox"/> Vitamine B12	2+40
<input type="checkbox"/> Acide folique	2+40
<input type="checkbox"/> 25-OH-Vitamine D	2+40
<input type="checkbox"/> Ratio VIT D (1.25-(OH)2D/25(OH)D)°	2+40
<input type="checkbox"/> Homocystéine°	1+50

A conserver au frigo et contacter le laboratoire

MARQUEURS DE SURFACE

<input type="checkbox"/> CD3,4,8,19,16/56	lundi au vendredi 12h	1
<input type="checkbox"/> HLAB27		1+§
<input type="checkbox"/> HLA A29°	du lundi au jeudi	7+§
<input type="checkbox"/> HLA B51°	uniquement	7+§

Signature médecin

MATERIEL

Le sérum est conservé d'office pendant 2 semaines
 Pour une conservation pendant 1 année, cocher la case ci-dessous
 Sérum en sérothèque

SEROLOGIE

<input type="checkbox"/> Bart. henselae (IgG+IgM)° *	2	<input type="checkbox"/> Toxoplasmose IgG	2
<input type="checkbox"/> (mal. des griffes du chat)		<input type="checkbox"/> Toxoplasmose IgM	2
<input type="checkbox"/> Bart. quintana (IgG+IgM)° *	2	<input type="checkbox"/> CMV IgG	2
<input type="checkbox"/> Borréliose (m. de lyme)	2	<input type="checkbox"/> CMV IgM	2
<input type="checkbox"/> Borréliose (confirmation)°	2	<input type="checkbox"/> EBV (VCA-G/M,EBNA,EA-G)	2
<input type="checkbox"/> Immunoblot IgG+M, anti-VLSE IgG		<input type="checkbox"/> Syphilis (dépistage)	2
<input type="checkbox"/> Hépatite A totale	2	<input type="checkbox"/> Syphilis (VDRL)	2
<input type="checkbox"/> Hépatite A IgM	2	<input type="checkbox"/> Echinocoques°	2
<input type="checkbox"/> HBV dépist. (HBsAg,HBcAc)	2	<input type="checkbox"/> Leptospira°	2
<input type="checkbox"/> HBV complet	2	<input type="checkbox"/> Filariose°	2
<input type="checkbox"/> HCV	2	<input type="checkbox"/> Toxocarose°	2
<input type="checkbox"/> HIV 1/2 (4ème gén.)	2	<input type="checkbox"/> Histoplasmosse°	2
<input type="checkbox"/> Herpes virus 1+2	2	<input type="checkbox"/> Chorioméningite lymphocytaire (PCR)°	9
<input type="checkbox"/> Varicelle IgG	2	<input type="checkbox"/> Dengue (test rapide)	2
		<input type="checkbox"/> Rift Valley Virus (RVV)°	2

* Analyses non remboursé par la LAMaL

BILANS

<input type="checkbox"/> Bilan SPOG FSC, urée, créatinine, bilirubine totale + directe, ASAT, ALAT + copie policlinique -onco-pédiatrique du CHUV (CHUPOP)	1	+	2
<input type="checkbox"/> Myasthénie gravis <input type="checkbox"/> Ac. anti-récepteur acétylcholine°		<input type="checkbox"/> Ac. anti-Musk°	
<input type="checkbox"/> Hyperthermie maligne Hémoglobine, hématoците, thrombocytes, Na, K, urée, créatinine, glucose bilirubine, ASAT, ALAT, GGT, CK, Myoglobine° Gazométrie + lactate	1	+	2
		+	3

Seringue gaze + 5 ou résultat I-Stat

I-STAT

<input type="checkbox"/> Gazométrie + lactate Analyses: pH, PO ₂ , PCO ₂ , TCO ₂ , HCO ₃ ⁻ , SO ₂ , Lactate	<input type="checkbox"/> Chimie + hémoglobine Sodium, Potassium, Glucose, Hémoglobine, Hématocrite	<input type="checkbox"/> Cartouche TP INR (joindre ticket)
--	---	---

ANALYSES PARTICULIERES

<input type="checkbox"/> Ac. anti-Gq 1b°	2 x	2								
<input type="checkbox"/> Génétique générale Sion°	3 x	9	+	§						
<input type="checkbox"/> Génétique moléculaire HUG°		1	+	§						
<input type="checkbox"/> Génétique caryotype CHUV°		1	+	6	+	§				
<input type="checkbox"/> Génétique Angers°	2 x	9	+	50	+	§				
<input type="checkbox"/> IL6/IL10° (HA, 4°C lymphome)		70	▲							
<input type="checkbox"/> PCA Humeur aqueuse (Utrecht)		70	+	2						
<input type="checkbox"/> Méthémoglobine°		1	+	9						
<input type="checkbox"/> G6-PDH (quantitatif)°		1	+	9						
<input type="checkbox"/> Electrophorèse Hb		1								
<input type="checkbox"/> Sérologie Laminine 5°		2								
<input type="checkbox"/> Sérologie BP180°		2								
<input type="checkbox"/> Taux sanguins d'antifongiques° <input type="checkbox"/> Fluconazole <input type="checkbox"/> Itraconazole		3	+	50						
<input type="checkbox"/> Taux sanguins d'antiviraux° <input type="checkbox"/> Nom:.....		9	+	50						
<input type="checkbox"/> Posaconazole <input type="checkbox"/> Voriconazole <input type="checkbox"/> Autre:.....										
<input type="checkbox"/> TPMT (Thiopurine Méthyl Transférase)°		9								
<input type="checkbox"/> Acide Phytanique°		2	+	61	+	50				
<input type="checkbox"/> Ciclosporine°		1								
<input type="checkbox"/> Pemphigoïde oculaire (Ac anti-mb basale)° Sérologie		2								
<input type="checkbox"/> Pemphigoïde oculaire (Ac anti-mb basale)° Histologie		Milieu de Michel	+	50						

Les informations concernant la préanalytique sont disponibles sur le formulaire "Analyses particulières" et sur l'intranet de la FAA

Merci de fournir le formulaire pour le HUG selon votre protocole cf. fiche annexe

1	Monovette rouge EDTA 2.7 ml
2	Monovette blanche 4.5 / 9 ml
3	Monovette verte Cit. de Na 3ml
5	Monovette jaune Flu. de Na 2,7 ml
6	Monovette orange Hép. Li 2.7 ml
7	Monovette orange Hép. Li 7.5 ml
9	Monovette rouge EDTA 9 ml
50	Contacter le laboratoire
61	Centrifuger + congeler (-20°C)
70	Ponction chambre antérieur
§	Analyse génétique: signature du médecin obligatoire

§ CONSENTEMENT POUR ANALYSES BIOLOGIQUES

Chaque test de génétique constitutionnelle doit s'accompagner d'un conseil génétique (Lois sur l'analyse génétique humaine - LAGH).
 Par sa signature, le médecin demandeur atteste avoir informé la personne concernée selon les obligations légales en vigueur pour la génétique constitutionnelle et avoir reçu son consentement pour les analyses génétiques et toutes les autres analyses biologiques
 Suite à l'analyse biologique, l'échantillon ou produit d'analyse:
 peut être conservé pour une demande d'analyses additionnelles par le médecin prescripteur (par défaut)
 peut être utilisé pour le développement et la recherche (par défaut)
 doit être détruit

Signature du médecin:

AUTRE DEMANDE

° = analyses sous-traitées