

8	4	2	1	8	4	2	1	8	4	2	1	8	4	2	1	8	4	2	1	8	4	2	1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Marquer les cases d'un trait noir:

juste faux



Laboratoire de chimie clinique
Réception des laboratoires: BH 18-100
1011 Lausanne

Tél. : 021 31 44 280
Fax : 021 31 42 978
PP 439
www.chuv.ch/lab



Patient

Nom:

Prénom:

Sexe:

Date de naissance complète:

Adresse complète:

N° postal / Localité:

V/réf.:

Facture:

Patient Demandeur

Etiquette code barres pour le CHUV



Date et heure du prélèvement (indispensable)

Jour:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	
16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31

Mois:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----

Heure:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23

 Min.:

15	30	45
----	----	----

COPIE(S) À (Adresse complète)

Nom du médecin:

Service, adresse:

Localité:

DEMANDEUR

Nom du médecin:

Service, adresse:

Tél.: FAX:

DIALYSE

Avant Après

SANG

Cocher si autre que veineux Capillaire Artériel

Monovette héparinate de lithium sauf:

- ¹ sérum (Monovette blanc)
- ² EDTA-K
- ³ fluorure de sodium
- ⁴ seringue à gazométrie
- ⁵ CONSULTER le fichier des examens avant le prélèvement
- ⁶ prestation sous-traitée

Caractères gras: analyses 24h sur 24h

Analyses sur gazomètre

Sang gazométrique:

- Artériel
- Veineux
- Capillaire

Fract. Insp. O₂

Température

- Gazométrie ⁴
- Gazométrie + Lactate ⁴
- Calcium ionisé ⁴

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Glucose ⁵ | <input type="checkbox"/> CK | <input type="checkbox"/> Triglycérides |
| <input type="checkbox"/> Sodium | <input type="checkbox"/> CK-MB | <input type="checkbox"/> Cholestérol |
| <input type="checkbox"/> Potassium | <input type="checkbox"/> Troponine | <input type="checkbox"/> HDL cholestérol |
| <input type="checkbox"/> Chlorure | <input type="checkbox"/> NT-proBNP | <input type="checkbox"/> CRP |
| <input type="checkbox"/> Bicarbonate | <input type="checkbox"/> LDH | <input type="checkbox"/> Procalcitonine |
| <input type="checkbox"/> Calcium total | <input type="checkbox"/> ASAT | <input type="checkbox"/> Préalbumine |
| <input type="checkbox"/> Phosphate | <input type="checkbox"/> ALAT | <input type="checkbox"/> Haptoglobine |
| <input type="checkbox"/> Magnésium | <input type="checkbox"/> Phosphatase alc. | <input type="checkbox"/> Fer |
| <input type="checkbox"/> Osmolalité (mesurée) | <input type="checkbox"/> Gamma-GT | <input type="checkbox"/> Transferrine |
| <input type="checkbox"/> Créatinine | <input type="checkbox"/> Bili totale | <input type="checkbox"/> Ferritine |
| <input type="checkbox"/> Urée | <input type="checkbox"/> Bili directe | |
| <input type="checkbox"/> Urate | <input type="checkbox"/> Amylase pancr. | |
| <input type="checkbox"/> Protéines totales | <input type="checkbox"/> Lipase | |
| <input type="checkbox"/> Albumine | | <input type="checkbox"/> Alcool |

Analyses spéciales

- | | | | | |
|--|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Acides aminés | <input type="checkbox"/> CDT ¹ | <input type="checkbox"/> Electrophorèses des protéines ¹ | <input type="checkbox"/> Vitamine A ² | <input type="checkbox"/> Lipidologie |
| <input type="checkbox"/> Acide aminé spécifique (noter sous commentaire) | <input type="checkbox"/> CDG ¹ | <input type="checkbox"/> Homocystéine totale ⁵ | <input type="checkbox"/> Vitamine B1 ² | <input type="checkbox"/> Bilan lipidique (y.c. LDL mesuré) |
| <input type="checkbox"/> Acides gras libres (NEFA) ¹ | <input type="checkbox"/> Cholinestérase | <input type="checkbox"/> Lactate ³ | <input type="checkbox"/> Vitamine B2 ² | <input type="checkbox"/> Apolipoprotéine A1 ¹ |
| <input type="checkbox"/> Acylcarnitines (profil) | <input type="checkbox"/> avec indice Dibucaïne | <input type="checkbox"/> Lysozyme | <input type="checkbox"/> Vitamine B6 ² | <input type="checkbox"/> Apolipoprotéine B ¹ |
| <input type="checkbox"/> Ammonium ⁵ | <input type="checkbox"/> Corps cétoniques quant. ⁵ | <input type="checkbox"/> Méthylmalonate | <input type="checkbox"/> Vitamine B9 (Folate) ¹ | <input type="checkbox"/> Lp(a) ¹ |
| <input type="checkbox"/> Benzoate | <input type="checkbox"/> Créatine / GAA | <input type="checkbox"/> PSA ¹ | <input type="checkbox"/> Vitamine B12 ¹ | |
| <input type="checkbox"/> Carnitine totale et libre | <input type="checkbox"/> hs CRP | <input type="checkbox"/> Pyruvate / lactate ⁵ (rapport) | <input type="checkbox"/> Vitamine E ² | |
| | <input type="checkbox"/> Cuivre ^{1,6} | <input type="checkbox"/> Sélénium ^{1,6} | <input type="checkbox"/> Zinc ^{1,6} | |

COMMENTAIRE:

LID

Barcode area with labels: Nom, Prénom

N° d'article CHUV: 061219 CHUV Labo-LCC-352 12.2017

