

|                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 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"/> |

Marquer les cases d'un trait noir:  
 juste  faux



Réception des laboratoires: BH/18/100  
 1011 Lausanne

Tél. : 021 314 42 00 hématologie  
 Tél. : 021 314 42 06 hémostase  
 Fax : 021 314 41 95  
 PP 439

http://www.chuv.ch/analyses

Ouverture du laboratoire:  
 7j/7 24h/24

**Date et heure du prélèvement indispensables**

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 |
|----|----|----|

**Patient**

Nom: .....  
 Prénom: .....  
 Sexe: .....  
 Date de naissance complète: .....  
 Adresse complète: .....  
 N° postal / Localité: .....

**Facture:**

Patient  Demandeur

Etiquette code barres pour le CHUV



**COPIE(S) À (Adresse exacte et complète)**

Nom du médecin: .....  
 Service, adresse: .....  
 Localité: .....

**DEMANDEUR**

Nom du médecin: .....  
 Service, adresse: .....  
 BIP/Tél: .....

Etiquette déviation  
 ou  
 Etiquette de projet

**INDICATION CLINIQUE**

**MATERIEL**

- Sang citraté 0.106 M - 2 ml
- Sang EDTA - 2.6 ml
- Sang EDTA - 1.2 ml (enfant ≥ 4 ans)
- Microvette EDTA - prise capillaire uniquement
- Sang citraté - 2.7 ml
- Sang citraté - 1.4 ml (enfant < 4 ans)
- Sang citraté spécial PFA - Disponible au laboratoire

**Vitesse de sédimentation** (A)

Vitesse de sédimentation

**Hémogramme**

- Sang artériel
- Sang capillaire
- Formule sanguine simple (Hémogramme II : Leuco, Ery, Hb, Ht, Indices, Plaq)
- Réticulocytes (Hémogramme II + Réticulocytes en % et absolus)
- Grand status hématologique (Hémogramme V : FSS + Différenciation leucocytaire)
- Lame pour hématologie

**Recherche spéciale** (D)

- CD34
- G-6:PD qualitatif
- Recherche de cellules de Sézary
- HbF (Kleihauer)
- HbS (qualitatif)
- Pink test (sphérocytose)

**Bilan pré-greffe** (G)

- Cardiaque (TP, aPTT, FI, PFA\*)
  - Hépatique (TP, aPTT, FI, TT, Fact. V\*, VII\*, X\*, AT\*)
- \* Ces tests ne sont effectués que durant les heures d'ouverture du laboratoire spécialisé d'hémostase (Cf. au dos)

**Hémostase - Anticoagulation** (E)

- Anticoagulation orale (avec AVK)
- Héparine non fractionnée
- Héparine de bas poids moléculaire
- Autre : Préciser sous Indication clinique
- Hémostase - Tests de bases**
- TP (+INR)
- aPTT
- D-Dimères
- T. Thrombine
- Fibrinogène

**Surveillance de l'anticoagulation**

- Activité anti-Xa** (E)
- Contrôle HBPM (Clexane®, Fraxiparine®)
  - Contrôle Héparine non-fractionnée
  - Cont. Orgaran®
  - Cont. Arixtra®
  - Cont. Xarelto®
  - Cont. Eliquis®
  - Cont. Lixiana®

**Activité anti-IIa** (F)(G)

- Cont. Pradaxa® (Dabigatran)
  - Cont. Argatra® (Argatroban)
  - Cont. autre anticoagulant : à préciser
- Préciser l'heure et la dose injectée**  
 Heure : ..... Dose : .....

**Diagnostic de diathèse hémorragique** (G)(H)

- Fact. VIII (Hémophilie A)
- Fact. IX (Hémophilie B)
- Fact. von Willebrand antigénique
- Fact. von Willebrand activité
- Résistance aux antiplaq. (+ ANNEXE-BON 23)

**Bilan procoagulant** (G)(I)

- Antithrombine fonctionnelle
- Protéine C fonctionnelle
- Résistance à la protéine C activée
- Protéine S libre (antigène)
- Anticorps anti-cardiolipine
- Anticorps anti-β2-glycoprotéine I
- Anticoagulant lupique

**Tests génétiques**

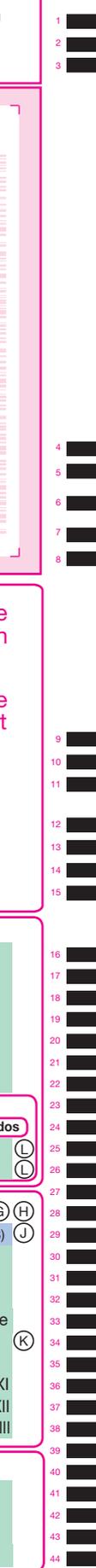
- Signature indispensable. Impérativement voir au dos
- Mutation FV Leiden (L)
- Mutation FII (Prothrombine) (L)

**Facteurs individuels et tests spéciaux** (G)(H)

- Fonctions plaquet./PFA (+ ANNEXE-BON 23)
- Anticorps anti-PF4 / héparine
- Fragments de prothrombine (F1+2)
- Compl. thrombine-antithrombine (TAT)
- Plasminogène  α2-antiplasmine
- Temps de lyse des euglobulines (GLACE) (K)
- Temps de reptilase
- Fact. II  Fact. VIII  Fact. XI
- Fact. V  Fact. IX  Fact. XII
- Fact. VII  Fact. X  Fact. XIII

**Tests spécifiques** (G)(I)

- Investigation TP pathologique
- Investigation aPTT pathologique
- Monomères de fibrine (recherche de CIVD)
- Inhibiteur FVIII  Inhibiteur FIX



LID

Nom  
Prénom

# Conditions de prélèvement et d'envoi d'échantillons

## A VITESSE DE SEDIMENTATION

Cette prestation est effectuée 24h/24 sans restriction.

## B GRAND STATUS HEMATOLOGIQUE

Le grand status hématologique comprend une formule sanguine simple et une différenciation leucocytaire (répartition). La différenciation leucocytaire est effectuée 24h/24h sans restriction. Un ajout d'analyse peut être effectué dans les 6 heures qui suivent la prise de sang.

La différenciation leucocytaire est interprétée au microscope dans les cas suivants :

- Alarmes de l'automate
- Prématurés et enfant dont l'âge n'excède pas 3 mois
- Pour un examen de moelle osseuse

## C LAME POUR HEMATOLOGUE - Contacter impérativement l'hématologue avant l'envoi

**L'interprétation de la lame n'est effectuée qu'après entente avec l'hématologue du LCH.**

Il est indispensable d'indiquer le nom du médecin hématologue contacté.

Par ailleurs, il faut préciser les éléments recherchés ou le diagnostic présumé.

Si ces consignes ne sont pas respectées le frottis ne sera pas effectué et ne fera pas l'objet d'une annonce au demandeur.

## D RECHERCHE SPECIALE

Prise en charge des échantillons : Lundi - vendredi 08h - 16h

Leucaphérèse : pour un résultat urgent, l'échantillon pour la mesure du CD34 et l'échantillon pour le Grand status hématologique doivent être réceptionnés à 7h.

## E TESTS DE BASES ET SURVEILLANCE DE L'ANTICOAGULATION - ACTIVITÉ ANTI-Xa

Ces tests sont effectués 24h/24 sans restriction.

Préciser l'anticoagulant utilisé et l'heure de la dose injectée.

Un ajout d'analyse peut être effectué dans les 4 heures qui suivent le prélèvement.

Pour que le résultat de la surveillance de l'anticoagulant soit interprétable en fonction de l'intervalle de référence, il faut que le délai entre l'injection de l'anticoagulant et la prise de sang soit respecté.

Ce délai est de : 3 à 5 h pour l'injection de Fraxiparine ou de Fraxiforte (nadroparine), de Clexane (enoxaparine) ou d'Arixtra (fondaparinux).

## F SURVEILLANCE DE L'ANTICOAGULATION - ACTIVITÉ ANTI-IIa

**Préciser l'heure et la dose injectée**

La décision de la surveillance de l'anticoagulation appartient au médecin en charge du patient.

## TESTS DE COAGULATION - IMPORTANT POUR LE REMPLISSAGE DU BON

Toutes les rubriques du bon doivent être remplies. En particulier le traitement anticoagulant doit être mentionné dans la rubrique « Indication clinique ».

- Ⓒ Ces tests ne sont effectués que durant les heures d'ouverture de laboratoire spécialisé d'hémostase : du Lu - Ve de 7h - 16h, Le WE et JF de 7h - 12h.
  - Ⓓ Ces tests ne sont effectués qu'après entente avec l'hématologue du LCH.
  - Ⓔ Ces tests ne sont effectués que si la partie « Indication clinique » est dûment remplie.
  - Ⓕ Remplir le formulaire de demande spécifique (FP - ANNEXE-BON23) qui se trouve sur le fichier des examens.
  - Ⓖ Plonger la monovette de citrate immédiatement dans un récipient de GLACE et d'EAU pour le transport.
- Attention : Les dosages des protéines C et S ne sont pas interprétables chez les patients sous anti-vitamine K.

## L CONSENTEMENT POUR ANALYSES BIOLOGIQUES

⚠ Suite à toute analyse biologique effectuée dans notre laboratoire, tout échantillon ou produit d'analyse :

peut être stocké au laboratoire afin de pouvoir répondre à une demande de rajout d'analyses par le médecin demandeur - **(par défaut)**

peut être utilisé pour le développement et la recherche - **(par défaut)**

doit être détruit

Chaque test de génétique constitutionnelle doit s'accompagner d'un conseil génétique (Loi 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.

**Signature du médecin demandeur obligatoire:**