



Centre hospitalier  
universitaire vaudois

Service de pathologie clinique  
Rue du Bugnon 25 1011 Lausanne  
<http://www.chuv.ch/pathologie>

**Laboratoire de microscopie électronique**

Tél : 021 314 72 04  
079 556 12 80

Fax : 021 314 71 15  
Pneumatique: 620

Lundi – Vendredi : 08h-17h00

**Patient**

Nom: .....

Prénom:.....

Sexe: .....

Date de naissance: ... / ... / .....

Adresse complète: .....

N° postal/Localité: .....

V/réf: .....

**Facture:**

Patient (ambulatoire)     Demandeur (hospitalisé)

Caisse maladie: .....

Etiquette code barres  
pour le CHUV



**Date et heure de prélèvement indispensables**

Jour / Mois / Année:      /   /

Heure / Minutes                      :

Signature (si bon papier):

**DEMANDEUR:**

Nom du médecin:.....

Adresse:.....

Bip/Tél:.....

**COPIE(S) à (adresse exacte et complète):**

1: .....

2: .....

3: .....

**examen d'histologie, immunologie et microscopie électronique**

**Diagnostic, symptômes, traitement actuel, questions particulières:**

**Biopsie**

Rein gauche

Rein droit

Transplant    date .....

don vivant

don cadavérique

**prélèvement**

Date: ..... Heure.....

**Milieu de transport**

NaCl 0.9 %

Autres .....

**Réservé laboratoire - macroscopie**

**Recommandations**

- Conservation du matériel dans du NaCl 0.9 % à 4°C
- Acheminement au laboratoire sans délai dans un emballage réfrigéré

Merci de remplir le formulaire  
au **verso** également !



**Antécédents**

	date/depuis	type/diagnostic
<input type="checkbox"/> Diabète	.....	.....
<input type="checkbox"/> Collagénose	.....	.....
<input type="checkbox"/> Infections antérieures	.....	.....
<input type="checkbox"/> Néoplasie	.....	.....
<input type="checkbox"/> Tuberculose	.....	localisation.....
<input type="checkbox"/> Goutte	.....	évolution.....

<input type="checkbox"/> Maladie rénale antérieure	.....	.....
<input type="checkbox"/> Greffe rénale	.....	type ..... maladie primaire.....
<input type="checkbox"/> Greffe rejet	.....	.....
<input type="checkbox"/> Biopsie rénale antérieure	.....	lieu..... n° examen.....

Traitement antérieur, néphrotoxique (sel d'or, antibiotiques, AINS)

Médicament(s) ..... date.....  
 durée du traitement.....

Remarques.....  
 .....

**Existe-t-il ?**

	date/depuis	
<input type="checkbox"/> Insuffisance rénale	.....	évolution.....
<input type="checkbox"/> Protéinurie	.....	évolution.....
<input type="checkbox"/> Hématurie	.....	<input type="checkbox"/> microscopique <input type="checkbox"/> macroscopique
<input type="checkbox"/> HTA	.....	valeur.....mmHg
<input type="checkbox"/> Syndrome néphrotique	.....	.....
<input type="checkbox"/> Oedème	.....	localisation..... étiologie.....
<input type="checkbox"/> Hyperuricémie	.....	.....
<input type="checkbox"/> Infection	.....	germe(s)..... localisation.....

Remarques .....

**Laboratoire      données actuelles**

Sérum		Urines	
<input type="checkbox"/> Créatinine	..... μmol/l	<input type="checkbox"/> Protéinurie	..... <input type="checkbox"/> g/24h <input type="checkbox"/> g/l
<input type="checkbox"/> Urée	..... mmol/l	<input type="checkbox"/> Sélectivité	.....
<input type="checkbox"/> Protéines	..... g/l	<input type="checkbox"/> Clearance créatinine	..... ml/min
<input type="checkbox"/> Albumine	..... g/l	<input type="checkbox"/> Sédiment	.....
<input type="checkbox"/> Urates	..... μmol/l	<b>Autres examens</b>	
<input type="checkbox"/> Complément C3	..... <input type="checkbox"/> g/l <input type="checkbox"/> mg/dl	<input type="checkbox"/> Urographie intraveineuse	date ..... diagnostic.....
<input type="checkbox"/> Complément C4	..... <input type="checkbox"/> g/l <input type="checkbox"/> mg/dl	<input type="checkbox"/> Ultrason	.....
<input type="checkbox"/> FR	.....	<input type="checkbox"/> Néphrogramme isotopique	.....
<input type="checkbox"/> ANA	.....	<input type="checkbox"/> Autres	.....
<input type="checkbox"/> ANCA	.....		
<input type="checkbox"/> Antistreptolysines	.....		
<input type="checkbox"/> Autres	.....		