



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	Autres examens	
<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	.....	