

Service de néphrologie & Laboratoire de chimie clinique  
Réception des laboratoires BH 18-100  
1011 Lausanne  
Tél : 021 31 44 280  
Fax : 021 31 44 288

[http://intranet.intranet.chuv.chuv/menu/public/home\\_prot.htm](http://intranet.intranet.chuv.chuv/menu/public/home_prot.htm)

Laboratoire de néphrologie tél : 021 31 40 755 / 753  
Interprétation clinique NEP tél : 079 55 61 973

<b>PATIENT</b>
Nom, nom d'alliance, prénom, sexe, date naissance, adresse (étiquette code barre CHUV ou autre / inscription manuscrite)
Facture : <input type="checkbox"/> patient <input type="checkbox"/> demandeur <input type="checkbox"/> assurance.....

## Demande d'analyse(s) spéciale(s)

<input type="checkbox"/> <b>Activité de la rénine</b> en position couchée (sang) (EDTA 4.5 ml) <input type="checkbox"/> <b>Activité de la rénine</b> en position debout (sang) (EDTA 4.5 ml) <input type="checkbox"/> <b>Aldostérone</b> en position couchée (sang) (Li Hep 4.5 ml) <input type="checkbox"/> <b>Aldostérone</b> en position debout (sang) (Li Hep 4.5 ml) <input type="checkbox"/> <b>Aldostérone</b> urinaire – récolte de 24 h Volume.....ml / 24 h (marge 23h30 - 24h30) (Urine 10 ml) <input type="checkbox"/> <b>Enzyme de conversion</b> (sang) (Li Hep 4.5 ml) <input type="checkbox"/> <b>Enzyme de conversion</b> (LCR) (Tube stérile 5 ml) <input type="checkbox"/> <b>Vasopressine</b> , ADH (sang) (EDTA 9 ml) <input type="checkbox"/> <b>Erythropoïétine</b> , EPO (sang) (Serum 2.6 ml)	<b>Médecin demandeur :</b> .....  <b>Adresse :</b> ..... ..... <b>Tél :</b> ..... <b>Fax :</b> .....
---	---



**A l'exception de l'érythropoïétine:  
Prélèvements et transport sur glace pour les échantillons sanguins et LCR**

Date du prélèvement : ..... Heure : .....(urine : indiquer heure du début et de fin de la récolte)

Position du patient lors du prélèvement  couché  debout  assis

Etiquette  
Bon N°040

**Amener les échantillons à la réception des laboratoires BH 18-100**

**Réception des échantillons du Lu-Ve : 8h-12h et 13h-17h**

(en cas de besoin contacter le 49 400 pour solliciter l'acheminement à la réception des laboratoires)



**Indications cliniques indispensables**

Poids du patient : ..... kg

Taille du patient : ..... cm

Volume urinaire : ..... ml

Motif de la demande : .....

Diagnostics : .....

Traitements en cours : .....

Et, si possible pour les hormones du système rénine-angiotensine:

Natriurèse / 24h : ..... mmol / 24h Créatininurie / 24h : ..... mmol / 24h

Kaliurèse / 24h : ..... mmol / 24h

