

CHOIX DES TUBES

En cas de doute sur la réalisation d'un prélèvement, consulter le manuel de prélèvement, ou EXABIO.



Analyses courantes réalisées au laboratoire	
Consulter toujours Exabio pour les analyses sous traitées et prendre 1 tube supplémentaire lorsque celui-ci est déjà prévu pour une analyse sur site.	
	Tube de purge : à utiliser en systématique si prélèvement avec ailette et tube citraté à prélever Aucune analyse sanguine réalisée.
	TP, INR, TCA, Fibrinogène, D-dimères, Anti Xa HBPM, anti Xa HNF, dosage du Rivaroxaban, dosage de l'Apixaban, PDF, Facteur V Remplir impérativement jusqu'au repère
	Electrophorèse des protéines sériques, immunotypage Protéines spécifiques : Pré albumine, PINI Dosage BHCG Bilan thyroïdien : TSH-T4 Paracétamol
	Sérologies : Toxoplasmose, rubéole, hépatites B et C, HIV, Covid 19 (IgM et IgG) Marqueurs tumoraux: PSA, PSAL, ACE, CA 19.9, AFP, CA 15.3, CA125 Folates, vitamine B12, Vitamine D, Parathormone
	Dosage de médicaments Digoxine
	Biochimie : urée, créatinine, protides, BES, calcium, bilirubine, CRP, acide urique, magnésium, phosphore, albumine, haptoglobine, orosomucoïde, fer, transferrine... Bilans cardiaque, hépatique, pancréatique, ferrique et lipidique. Alcoolémie Gentamicine - Amikacine - Vancomycine PCT Dépistages : Benzodiazépine, Tricycliques
	NFS - plaquettes- Réticulocytes-Recherche de paludisme-Kleihauer-Schizocytes Groupe sanguin, RAI, Coombs direct (+ 1 tube) BNP (+ 1 tube) HbA1c (+ 1 tube) Ammoniémie (+ 1 tube)
	Glycémie
	VS (vitesse de sédimentation) Remplir impérativement le tube entre les 2 traits noirs
	Seringue à gazométrie Gazométrie-Lactates artériels et veineux- CO (monoxyde de carbone)-Calcium ionisé
	Sur urines- BEU-créatinine-urée-calcium-phosphore-protéine-glucose -stupéfiants urinaires- Ag légionnelles et pneumocoques.
	Culot et bactériologie urinaire Remplir impérativement jusqu'au repère

ORDRE DES TUBES



HOMOGENEISATION DES TUBES



Par retournements 7 à 8 fois.



LABORATOIRE

Avenue Simone Veil
Boîte postale 30183
31806 SAINT GAUDENS CEDEX

Tél : 05 62 00 44 50
Fax : 05 62 00 44 51

Ouvert au public
Du lundi au vendredi : 8h30-18h30
Samedi : 8h30-12h30



Fiche de suivi médical externe Prélèvement sanguin



OUI

LE PRELEVEUR - LE PRELEVEMENT



Nom ou code préleveur pour le personnel du CHCP : _____

Date : ____ / ____ / ____ Heure : ____ h ____



OUI **NON**

Si OUI, merci de cocher aussi la case en bas de la 1^{ère} page pour un tri plus rapide au laboratoire

LE PATIENT



NOM : **OU ETIQUETTE PASTEL**

Prénom :

Nom de naissance :

Date de naissance : ____ / ____ / ____ Sexe : F M

Adresse :

N° Portable : _____ Obligatoire pour les résultats internet-Faire vérifier au patient son numéro de portable. Lui remettre « Vos résultats par internet ».

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS



Joindre la photocopie de l'attestation de sécurité sociale et de la mutuelle.

N° de SS : _____

N° de l'organisme : _____ Département : _____

Nom de la mutuelle : _____

Réservé au laboratoire



Heure de réception : ____ h ____ Initiales : _____

Prélèvement conforme : OUI NON

Code NC : _____

EDTA



CITRATE



BARRICOR



SEC GEL



SEC



FLORE



VS



NEUTRE



Nombre

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES ET THERAPEUTIQUES DU PATIENT

Antécédents et/ou contexte de prescription :

Patient à jeun : OUI NON

Poids : ____ kg ____

Traitement anticoagulant OUI NON Si oui, lequel ?

AVK : Prévican Coumadine Sintrom Posologie : _____

Raison de la prise d'AVK : _____

Eliquis Pradaxa Xarelto Posologie : _____

Héparine HNF (calciparine)

HBPM : Lovenox, Fraxiparine, Innohep...

Arixtra Orgaran

Posologie et schéma d'injection :

Date et heure de la dernière injection : ____ / ____ / ____ à ____ h ____

Grossesse OUI NON Age gestationnel : _____

Dosage de β -HCG Date des dernières règles : ____ / ____ / ____

Contexte du dosage : _____

Injection de Rophylac : OUI NON Date d'injection : ____ / ____ / ____

Si groupe sanguin et/ou RAI

Transfusion prévue : OUI NON Date : ____ / ____ / ____

Antécédent de transfusion : OUI NON Date : ____ / ____ / ____

Dosage hormonal Période du cycle : _____

Traitement thyroïdien OUI NON Si oui lequel ? : _____

Date et heure de la dernière prise : ____ / ____ / ____ à ____ h ____

Dosage de médicaments OUI NON

Date et heure de la dernière prise : ____ / ____ / ____ à ____ h ____

Raison du dosage : _____

Voyage à l'étranger (hors UE) : _____

Les résultats Bilan pré-opératoire : OUI NON

A poster A garder au laboratoire A faxer N° _____

Résultats internet : OUI NON (n° portable obligatoire)

Adresser une copie des résultats dans le service : _____

Patient = Personnel du CHCP : OUI

Autorisation des résultats sur DMP : NON (à cocher dans HXL)