

CHOIX DES TUBES

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



	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, PDF, Facteur V Remplir impérativement jusqu'au repère
	Electrophorèse des protéines sériques, immunotypage Protéines spécifiques : Pré albumine, PINI Dosage β HCG Bilan thyroïdien : TSH-T4
	Paracétamol Sérologies: Toxoplasmose, rubéole, hépatites B et C, HIV 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, protéides, BES, calcium, bilirubine, CRP, acide urique, magnésium, phosphore, albumine, haptoglobine, orosomucoïde, fer, transferrine... Bilans cardiaque, hépatique, pancréatique, ferrique et lipidique. Alcoolémie 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) Gentamicine-Amikacine-Vancomycine (+ 1 tube)
	Glycémie
	VS (vitesse de sédimentation) Remplir impérativement le tube à 1 cm du bouchon
	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.

LABO-1223- Fiche de suivi médicale externe-Prélèvement sanguin -V7



LABORATOIRE

Avenue de Saint Plancard
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 : Préviscan, Coumadine, Sintrom

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 ☐ NON ☐