

	BILANS SANGUINS ET URINAIRES EN PERIODE DE PERMANENCE DES SOINS Week-End et Jours Fériés et en semaine de 18h à 6h	PCP/LABO/SUPP 020 Version 10 : 17/04/2024	18/06/2015
			Page 1 sur 1

N° de séjour :
 NOM de naissance :
 PRENOM :
 DDN :/...../.....
 U.F :

Nom d'usage :
 SEXE :
 U.F :

ETIQUETTE LABO

Date et heure du prélèvement :/...../..... h.....

☐ URGENT
 ☐ URGENCE VITALE (+Tel labo)

Nom et qualité du préleveur :
 Nom du prescripteur :

Renseignements cliniques :

BIOCHIMIE		
Sang (tube HEPARINE, vert)		Médicaments (tube HEPARINE, vert)
☐ Urée ☐ Créatinine ☐ Ionogramme complet (Na, K, Cl, CO2, protéine) ☐ CRP ☐ ASAT ☐ ALAT ☐ Troponine I ☐ Lipase ☐ Béta HCG DDR : ☐ Glucose (Gris) ☐ Protéine ☐ Albumine ☐ CPK ☐ LDH ☐ GGT	☐ PAL ☐ Bilirubine totale ☐ Calcium ☐ Phosphore ☐ Magnésium ☐ Acide urique ☐ Amylase ☐ Myoglobine ☐ NT-Pro BNP ☐ PCT ☐ TSH ☐ Alcoolémie (Gris) ☐ Acide lactique (Gris) ☐ Ammoniémie (Violet, transport urgent + prévenir le laboratoire) ☐ Cortisol (Jaune)	Date, heure, posologie de dernière prise : ☐ Amikacine (Rouge) ☐ Vancomycine ☐ Gentamicine ☐ Carbamazépine ☐ Acide valproïque ☐ Digoxine ☐ Phénobarbital ☐ Lithium (Jaune) ☐ Paracétamol ☐ Benzodiazépine
		Drogues/Toxiques (urines)
		☐ Cocaïne ☐ Cannabis ☐ Amphétamine ☐ Opiacés ☐ Benzodiazépine ☐ Tricycliques

HEMATOLOGIE	
Cytologie (tube EDTA, violet)	Hémostase (tube CITRATE, bleu)
☐ Num-Formule-Plaquettes ☐ Plaquettes ☐ Plaquettes sur citrate (si amas sur EDTA) ☐ Réticulocytes ☐ Schizocytes ☐ Test de Kleihauer	Traitement anticoagulant : ☐ OUI ☐ NON Nom et posologie : Heure d'injection Calciparine ou HBPM : ☐ TP ☐ INR (suivi patient sous AVK) ☐ TCA ☐ Activité anti-Xa (TRAITEMENT OBLIGATOIRE) ☐ Fibrinogène ☐ D-Dimères ☐ Antithrombine ☐ Facteur V ☐ Facteur VIII ☐ Monomères de fibrine (CIVD) ☐ Anticorps anti-PF4 (TIH)

GAZ DU SANG	PALUDISME (tube EDTA, violet)
T° patient (obligatoire) :°C FiO2 : ☐ Air Ambiant ☐ Sous O2 :L/min ☐ Artériel ☐ Veineux ☐ Capillaire ☐ Carboxy-Hb ☐ Calcium ionisé ☐ Meth-Hb	☐ Paludisme Séjour récent à l'étranger ? ☐ Oui ☐ Non Pays : Date de retour :/...../..... Prophylaxie : ☐ Oui ☐ Non Laquelle ? Bien suivie ? ☐ Oui ☐ Non Date de dernière prise : / / Signes cliniques :

A REMPLIR PAR LE LABORATOIRE

OPERATEUR :
 NON CONFORMITE :

PRLV RECUS	SEC	EDTA	CITRATE	HEPARINE	FLUORE	SSC	GAZ	AUTRES
Quantité								