



Nom

Prénom

Date de naissance Sexe  
F M

Adresse

NPA Ville

Assurance:

Ou grande étiquette à coller

URGENT

PORTEUR  
LENTILLES  
DE CONTACT

Visa laboratoire  
Introduction

étiquettes

Date de prélèvement Heure de prélèvement Initiales du préleveur

Médecin demandeur:

Renseignements cliniques:

Copie(s):

FICHE DE DEMANDE D'ANALYSES - HOPITAL OPHTALMIQUE ROUTINE

Matériel de prélèvement

|   |                                        |   |                                   |    |                              |    |                                                     |
|---|----------------------------------------|---|-----------------------------------|----|------------------------------|----|-----------------------------------------------------|
| 1 | Monovette violette EDTA 3.4 ml         | 5 | Monovette grise Flu. de Na 2,7 ml | 10 | Spot urinaire                | 60 | Centrifuger                                         |
| 2 | Monovette brune sérum gel 4.5 / 7.5 ml | 6 | Monovette verte Hép. Li 2.7 ml    | 15 | Monovette rouge 4.5 / 7.5 ml | 61 | Centrifuger + congeler (-20°C)                      |
| 3 | Monovette bleue Cit. de Na 3ml         | 7 | Monovette verte Hép. Li 7.5 ml    | 40 | Protéger de la lumière       | \$ | Analyse génétique: signature du médecin obligatoire |
| 9 | EDTA 7.5 ml                            | 8 | Urines de 24h                     | 50 | Contacter le laboratoire     |    |                                                     |

BILAN DE BASE

- ☐ Formule sanguine complète 1  
☐ Vitesse de sédimentation 1
- ☐ Protéine C réactive (CRP) 2  
☐ Troponine T 2
- ☐ Formule sanguine simple 1  
☐ Réticulocytes 1

HEMOSTASE

- ☐ TP 3  
☐ aPTT 3  
☐ Fibrinogène 3

- ☐ TP + INR I-STAT (joindre ticket)  
☐ TP + INR CoaguChek (indiquer résultat)

Résultat INR: \_\_\_\_\_

- ☐ Ac. anti-phospholipides° 3  
(Anti-cardiolipines IgG/M,  $\beta$ 2 Glycoprot.1 IgG/M, Anticoagulant lupique)

- ☐ D-Dimères 3

- ☐ Grande Crase ° 3x3 1  
(Thr, Fibrin, Protéine C, Protéine S, AT III)

- ☐ Mutation Facteur V Leiden (PCR)° 3+\$  
☐ Mutation Prothrombine (PCR)° 3+\$

Signature du médecin au verso

CHIMIE CLINIQUE

- ☐ Glucose tube fluoré 5  
☐ Glucose à jeun (sans délai) 2  
☐ Hémoglobine A1c 1
- ☐ Sodium 2  
☐ Potassium 2  
☐ Calcium total 2  
☐ Calcium corrigé (+ albumine) 2  
☐ Calcium ionisé 6
- Stable 15 min à T° ambiante ou 2h à 4°C  
A acheminer au labo sur glace
- ☐ Lysosyme° 2  
☐ ACE° (enz. de conversion) 2  
☐ Cholestérol total 2  
☐ Triglycérides 2  
☐ HDL Cholestérol 2  
☐ LDL Cholestérol 2  
☐ Protéines totales 2  
☐ Urée 2  
☐ Créatinine 2
- ☐ Bilirubine totale 2+40  
☐ Bilirubine directe 2+40
- ☐ ASAT 2  
☐ ALAT 2  
☐ Phosphatase alcaline 2  
☐  $\gamma$ -GT 2  
☐ Amylases totales 2  
☐ LDH 2  
☐ Lipase 2  
☐ Tryptase° 2  
☐ Electrophorèse des protéines 2  
☐ Ferritine 2

IMMUNOLOGIE

- ☐ TSH 2  
☐ T4 libre 2  
☐ T3 libre 2  
☐ CEA 2  
☐  $\beta$ -2-microglobuline 2  
☐ Complément C3 2  
☐ Complément C4 2  
☐ Récepteur soluble IL2° 2  
☐ IL2 ° 2  
☐ Béta-HCG 2

TUBERCULOSE

- ☐ QuantiFERON

AUTO-IMMUNE + RUMATHO.

- ☐ Screening ANA (FAN) 2  
☐ Ac anti-DsDNA 2  
☐ Screening ANCA° 2  
☐ Ac anti-PR3 (cANCA)° 2  
☐ Ac anti-MPO (pANCA)° 2
- ☐ Profil ENA (Ac anti-nucléoprotéines)  
☐ Ac anti-SM 2  
☐ Ac anti-U1RNP 2  
☐ Ac anti-RNP70 2  
☐ Ac anti-SSA/Ro 2  
☐ Ac anti-SSB/La 2  
☐ Ac anti-Scl-70 2
- ☐ Facteur rhumatoïde 2  
☐ Ac anti-CCP 2  
☐ AC Anti-streptolysines° (ASLO) 2  
☐ AC anti-streptodornase B° 2  
☐ AC anti-streptokinase° 2

- ☐ Un tube de 7.5ml sans billes 7  
Ce tube ne peut pas être utilisé pour d'autres analyses

Acheminement et résultats:

Prélèvement possible 24h/24h 7j/7j

Echantillon à acheminer au laboratoire dans les 16h suivant le prélèvement

Réalisés le mardi et le vendredi

° = analyses sous-traitées



| IMMUNOLOGIE                                                      | SEROLOGIE                                            |
|------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Vitamine A (rétinol)°                   | <input type="checkbox"/> Bart. henselae (IgG)° *     |
| <input type="checkbox"/> Vitamine B1                             | <input type="checkbox"/> (mal. des griffes du chat)  |
| <input type="checkbox"/> Vitamine B6                             | <input type="checkbox"/> Bart. quintana (IgG+IgM)° * |
| <input type="checkbox"/> Vitamine B12                            | <input type="checkbox"/> Borréliose (m. de lyme)     |
| <input type="checkbox"/> Holotranscobalamine                     | <input type="checkbox"/> Hépatite A totale           |
| <input type="checkbox"/> Acide folique                           | <input type="checkbox"/> Hépatite A IgM              |
| <input type="checkbox"/> 25-OH-Vitamine D                        | <input type="checkbox"/> HBV dépist. (HBsAg,HBcAc)   |
| <input type="checkbox"/> Ratio VIT D (1.25-(OH)2D/25(OH)D)°      | <input type="checkbox"/> HBV complet                 |
| <input type="checkbox"/> Homocystéine°                           | <input type="checkbox"/> HCV                         |
| A conserver au frigo et contacter le laboratoire                 |                                                      |
| <b>MARQUEURS DE SURFACE</b>                                      |                                                      |
| <input type="checkbox"/> CD3,4,8,19,16/56 - lundi au vendredi    | <input type="checkbox"/> HIV 1/2 (4ème gén.)         |
| <input type="checkbox"/> HLAB27°                                 | <input type="checkbox"/> Herpes virus 1+2            |
| <input type="checkbox"/> HLA A29° du lundi au jeudi              | <input type="checkbox"/> Varicelle IgG               |
| <input type="checkbox"/> HLA B51° uniquement                     |                                                      |
| Signature médecin                                                |                                                      |
|                                                                  |                                                      |
| <b>MATERIEL</b>                                                  |                                                      |
| Le sérum est conservé d'office pendant 2 semaines                |                                                      |
| Pour une conservation pendant 1 année, cocher la case ci-dessous |                                                      |
| <input type="checkbox"/> Sérum en sérothèque                     |                                                      |

| BILANS                                                                                                                |                                         |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Bilan SPOG                                                                                   |                                         |
| FSC, urée, créatinine, bilirubine totale + directe, ASAT, ALAT                                                        | 1 + 2                                   |
| + copie policlinique -onco-pédiatrique du CHUV (CHUPOP)                                                               |                                         |
| <input type="checkbox"/> Myasthénie gravis                                                                            |                                         |
| <input type="checkbox"/> Ac. anti-récepteur acétylcholine°                                                            | <input type="checkbox"/> Ac. anti-Musk° |
| <input type="checkbox"/> Ac. anti-Titine°                                                                             | 2                                       |
| <input type="checkbox"/> Hyperthermie maligne                                                                         |                                         |
| Hémoglobine, hématocrite, thrombocytes, Na, K, urée, créatinine, glucose bilirubine, ASAT, ALAT, GGT, CK, Myoglobine° | 1 + 2                                   |
| Gazométrie + lactate                                                                                                  | Seringue gazo + 5 ou résultat I-Stat    |

| I-STAT                                                                                                              |                                                            |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Gazométrie + lactate                                                                       | <input type="checkbox"/> Chimie + hémoglobine              |
| Analyses: pH, PO <sub>2</sub> , PCO <sub>2</sub> , TCO <sub>2</sub> , HCO <sub>3</sub> -, SO <sub>2</sub> , Lactate | Sodium, Potassium, Glucose, Hémoglobine, Hématocrite       |
|                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> Cartouche TP INR (joindre ticket) |

| ANALYSES PARTICULIERES                                             |                                       |
|--------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ac. anti-Gq 1b°                           | 2 x 2                                 |
| <input type="checkbox"/> Génétique générale Sion°                  | 3 x 9 + \$                            |
| <input type="checkbox"/> Génétique moléculaire HUG°                | 9 + \$                                |
| <input type="checkbox"/> Génétique caryotype CHUV°                 | 1 + 6 + \$                            |
| <input type="checkbox"/> Génétique Angers°                         | 2 x 9 + 50 + \$                       |
| <input type="checkbox"/> IL6/IL10° (HA, 4°C lymphome)              | 70 + 2                                |
| <input type="checkbox"/> PCA Humeur aqueuse (Utrecht)°             | 70 + 2                                |
| <input type="checkbox"/> Méthémoglobine°                           | 1 + 9                                 |
| <input type="checkbox"/> G6-PDH (quantitatif)°                     | 1 + 9                                 |
| <input type="checkbox"/> Electrophorèse Hb°                        | 1                                     |
| <input type="checkbox"/> Sérologie Laminine 5°                     | 2                                     |
| <input type="checkbox"/> Sérologie BP180°                          | 2                                     |
| <input type="checkbox"/> Taux sanguins d'antifongiques°            | 1 + 50                                |
| <input type="checkbox"/> Fluconazole                               | <input type="checkbox"/> Itraconazole |
| <input type="checkbox"/> Taux sanguins d'antiviraux°               | <input type="checkbox"/> Posaconazole |
| <input type="checkbox"/> Nom:.....                                 | <input type="checkbox"/> Voriconazole |
|                                                                    | <input type="checkbox"/> Autre:.....  |
| <input type="checkbox"/> TPMT (Thiopurine Méthyl Transférase)°     | 9                                     |
| <input type="checkbox"/> Acide Phytanique°                         | 2 + 61 + 50                           |
| <input type="checkbox"/> Ciclosporine°                             | 1                                     |
| <input type="checkbox"/> Pemphigoïde oculaire (Ac anti-mb basale)° | 2                                     |
| <input type="checkbox"/> Sérologie                                 |                                       |
| <input type="checkbox"/> Pemphigoïde oculaire (Ac anti-mb basale)° | Milieu de Michel + 50                 |
| <input type="checkbox"/> Histologie                                |                                       |

Les informations concernant la préanalytique sont disponibles sur le formulaire "Analyses particulières" et sur l'intranet de la FAA

Merci de fournir le formulaire pour le HUG selon votre protocole cf. fiche annexe

Signature médecin

|    |                                                     |
|----|-----------------------------------------------------|
| 1  | Monovette violette EDTA 2.7 ml                      |
| 2  | Monovette brune sérum gel 7.5 ml                    |
| 5  | Monovette grise Flu. de Na 2.7 ml                   |
| 6  | Monovette verte Hép. Li 2.7 ml                      |
| 7  | Monovette verte Hép. Li 7.5 ml                      |
| 9  | Monovette violette EDTA 7.5 ml                      |
| 15 | Monovette rouge 4.5 / 7.5 ml                        |
| 50 | Contacter le laboratoire                            |
| 61 | Centrifuger + congeler (-20°C)                      |
| 70 | Ponction chambre antérieure                         |
| \$ | Analyse génétique: signature du médecin obligatoire |

| § CONSENTEMENT POUR ANALYSES BIOLOGIQUES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | AUTRE DEMANDE |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| Chaque test de génétique constitutionnelle doit s'accompagner d'un conseil génétique (Lois sur l'analyse génétique humaine - LAGH).<br>Par sa signature, le médecin demandeur atteste avoir informé la personne concernée selon les obligations légales en vigueur pour la génétique constitutionnelle et avoir reçu son consentement pour les analyses génétiques et toutes les autre analyses biologiques<br>Suite a l'analyse biologique, l'échantillon ou produit d'analyse:<br><input type="checkbox"/> peut être conservé pour une demande d'analyses additionnelles par le médecin prescripteur (par défaut)<br><input type="checkbox"/> peut être utilisé pour le développement et la recherche (par défaut)<br><input type="checkbox"/> doit être détruit |               |
| Signature du médecin:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |               |