

Modalités pour le remplissage des bons d'examens de laboratoire

 	Laboratoire Mode opératoire D-Processus Réalisation,1.Pré-analytique	LBM-MO-237 V06
		Date d'application : 30/04/2020 Page : 1/13

1 - Objet

Ce mode opératoire a pour but de décrire la façon de renseigner les bons d'examens de laboratoire (ou prescription).

2 - Personnes concernées

- * Les prescripteurs : médecins, sages-femmes, internes
- * Le personnel soignant : cadres, infirmier(e)s
- * L'ensemble du personnel du laboratoire

3 - Définition

NA

4 - Contenu

4.1 Principe général :

La phase préanalytique est primordiale pour la qualité et la validité des résultats d'examens de biologie médicale. Cette phase est réalisée sous la responsabilité du biologiste. L'article L.6211-15 précise que, dans le cas des prélèvements effectués par des préleveurs externes au laboratoire mais exerçant au sein d'un établissement de santé, les procédures applicables (le manuel de prélèvement) sont déterminées par le biologiste responsable du LBM. Le directeur de l'établissement veille à leur application.

4.1.1 Identification

- ✓ Tout échantillon est identifié par le **préleveur au moment du prélèvement**
- ✓ Identification du prescripteur
- ✓ Identification du patient
- ✓ Identification du préleveur
- ✓ Date et heure de réalisation

Il est porté à l'attention des prescripteurs et des préleveurs que les examens faisant l'objet d'un envoi (voir « laboratoire exécutant » dans le dictionnaire des envois accessible en ligne) ne doivent pas être envoyés **en garde, le samedi, le dimanche ou les veilles de jours fériés (ou même le vendredi pour certains examens** : voir le manuel de prélèvement) sauf si le statut clinico-biologique du malade risque d'évoluer. Ex : prélèvement avant traitement...

4.1.2 Renseignements cliniques

Les bons de demandes sont structurés afin que les renseignements cliniques pertinents pour l'interprétation des résultats puissent être signalés. On rappelle que la prescription d'examen de biologie est un acte médical. Ces renseignements doivent être mentionnés **par le prescripteur uniquement**.

4.1.3 Non-conformités

Le laboratoire attache une attention particulière au respect des exigences pré-analytiques qui sont détaillées dans le manuel de prélèvement disponible sur intranet. Sauf justification médicale particulière, le laboratoire **refuse** les prélèvements qui ne sont pas conformes à ses critères d'acceptabilité. Ces non-conformités sont signalées, tracées dans le SIL et font l'objet d'un rapport d'édition. Enfin, ces non-conformités font l'objet d'un suivi d'indicateurs annuels, édités sous forme de tableau de bord et servent de base à l'établissement d'actions correctives.

4.2 Identification du bon de demande

Cartouche d'identification : Ce cartouche respecte les dispositions réglementaires.

Coller une étiquette administrative Selon les dispositions réglementaires, les informations à fournir dans ce cartouche sont obligatoires	Nom Prescripteur :
	UF demandeur :
	Nom préleveur :
	Date prélèvement :
Heure arrivée labo :	Heure prélèvement :

1) **L'identification** du prescripteur et du préleveur est indispensable pour communiquer le résultat et en cas de problèmes pré-analytiques

2) **L'heure de prélèvement** est indispensable pour assurer la qualité analytique (délais à ne pas dépasser : se référer au dictionnaire d'analyse). De plus cette information est indispensable en cas de demande de complément de bilan : en cas d'absence d'heure de prélèvement, aucun rajout d'analyse ne sera accepté. Enfin, c'est à partir de cette information que le laboratoire pourra s'engager sur le respect de délai de rendus de résultats.

L'étiquette « patient » est indispensable pour authentifier et garantir la bonne identification de la demande. Elle doit être identique à celle figurant sur l'échantillon. En cas de non-respect, l'analyse sera refusée.

Il convient de privilégier les **étiquettes code barre** sur le bon ; ceci sécurise l'étape de l'enregistrement.

4.3 Aide au remplissage des bons

Annexe 1 [bon d'hémostase](#)
Annexe 2 [bon d'hématocytologie](#)
Annexe 3 [bon de sérologie immunologie](#)
Annexe 4 [bon de virologie](#)

Annexe 5 [bon de biochimie](#)
Annexe 6 [bon envois de biochimie](#)
Annexe 7 [bon de bactériologie](#)

Ces photos en annexe ne sont mises qu'à titre d'exemple car les bons évoluent et des nouvelles versions de bons sont régulièrement diffusées via ennov et les cadres.



Site Anncy : 0450636334
0450636335
Site St Julien : 0450496540

Coller une étiquette administrative Selon les dispositions réglementaires, les informations à fournir dans ce cartouche sont obligatoires	Nom Prescripteur :
	UF demandeur :
Identité réception :	Nom préleveur :
Heure arrivée labo :	Date prélèvement :
	Heure prélèvement :

HEMOSTASE

Traité * : _____ Arrêt traitement * : _____ Non traité Non connu

* Préciser le traitement en cours ou arrêté

SURVEILLANCE DES TRAITEMENTS ANTICOAGULANTS (1 tube CTAD)

AVK <input type="checkbox"/> INR/TP	Héparine standard <input type="checkbox"/> TCA <input type="checkbox"/> Anti Xa (XHNF)	Héparine de bas poids Moléculaire (HBPM) <input type="checkbox"/> Anti Xa (XHBPM)	Anticoagulant de type <input type="checkbox"/> Anti Xa	Anticoagulant de type <input type="checkbox"/> Anti IIa
<input type="checkbox"/> Coumadine® <input type="checkbox"/> Previscan® <input type="checkbox"/> Warfarine® <input type="checkbox"/> Sintrom®	<input type="checkbox"/> Calciparine® <input type="checkbox"/> Héparine® <input type="checkbox"/> Relai AVK/Héparine (AHNF)	<input type="checkbox"/> Lovenox® <input type="checkbox"/> Innohep® <input type="checkbox"/> Fraxiparine® <input type="checkbox"/> Fragmine® <input type="checkbox"/> Fraxodi® <input type="checkbox"/> Relai AVK/HBPM (AHBPM)	<input type="checkbox"/> Orgaran® <input type="checkbox"/> Xarelto® <input type="checkbox"/> Eliquis® <input type="checkbox"/> Arixtra®	<input type="checkbox"/> Pradaxa® Non dosés : <input type="checkbox"/> Angiox® <input type="checkbox"/> Arganova®

Allergie à l'héparine Anti-PF4 (1 tube sec) (APF4) Joindre calcul du score de probabilité 4 T
 Test d'agrégation plaquettaire (AGHEP) (4 tubes Citrate collerette bleue) (rendez vous)

BILAN D'EXPLORATION DE LA COAGULATION (1 tube CTAD)

<input type="checkbox"/> TP (TP)	<input type="checkbox"/> TCA (TCA)	<input type="checkbox"/> Fibrinogène (FG)
<input type="checkbox"/> Facteur II (II) <input type="checkbox"/> Facteur V (V) <input type="checkbox"/> Facteur VII (VII) <input type="checkbox"/> Facteur X (X)	<input type="checkbox"/> Facteur VIII (VIII) <input type="checkbox"/> Facteur IX (IX) <input type="checkbox"/> Facteur XI (XI) <input type="checkbox"/> Facteur XII (XII) <input type="checkbox"/> Facteur Willbrand Ag (FVW) <input type="checkbox"/> Facteur Willbrand Activité	1 tube CTAD supplémentaire
<input type="checkbox"/> D-Dimères (DD) <input type="checkbox"/> Monomères de Fibrine (FM)	<input type="checkbox"/> Autre _____	

Contexte :

BILAN THROMBOSE (2 tubes CTAD) TRAITEMENT : _____

Antithrombine activité (AT3) Protéine C activité (PC) Protéine S activité (PS)

Recherche Anticoagulant circulant (ACC) de type antiprothrombinase

1 Tube EDTA + consentement

Facteur V de Leiden
 Facteur II de Leiden (prothrombine)

NB : l'heure de prélèvement et la nature du traitement sont des éléments indispensables pour la réalisation d'un bilan d'hémostase

LBM-FOR 034 V7

Les tubes d'hémostase (citraté ou CTAD) doivent impérativement être remplis jusqu'au niveau indiqué sur le tube. Ils doivent être acheminés rapidement au laboratoire, idéalement dans les 2 heures (indication de l'heure de prélèvement+++).

Pour une surveillance de traitement, il est impératif de cocher l'examen souhaité et/ou le(s) médicament(s) prescrits

En cas de suspicion d'allergie à l'héparine (TIH), le test d'agrégation sera réalisé en fonction du résultat des anti-PF4 et du score de probabilité clinique de TIH : se mettre en contact avec le biologiste du secteur.

Test d'agrégation : tube citraté avec une collerette bleue (proscrire les tubes CTAD) ; se référer au protocole dans le manuel prélèvement.

L'indication du traitement est importante car certains anticoagulants interfèrent avec les analyses (cf manuel prélèvement)

Attention, certains examens ne doivent pas être prélevés le vendredi, veille de jours fériés et le WE. Voir le manuel de prélèvement.

[Retour au sommaire des annexes](#)



Site Annecy : 0450636334
0450636335
Site St Julien : 0450496540

Coller une étiquette administrative <small>Selon les dispositions réglementaires, les informations à fournir dans ce cartouche sont obligatoires</small>	Nom Prescripteur :
	UF demandeur :
	Nom préleveur :
Identité réception :	Date prélèvement :
Heure arrivée labo :	Heure prélèvement :

HEMATOLOGIE

<input type="checkbox"/> Cytologie (tube EDTA) <input type="checkbox"/> Numération globulaire + Plaquettes (N) <input type="checkbox"/> Numération+Formule+Plaquettes (NF) <input type="checkbox"/> Numération+Réticulocytes (NR) <input type="checkbox"/> Numération+Formule+Réticulocytes (NFR) <input type="checkbox"/> Plaquettes seules (PQ) <input type="checkbox"/> Recherche schizocytes (SCHIZ) <input type="checkbox"/> Myélogramme (MYELO) <input type="checkbox"/> Adenogramme (GG) <input type="checkbox"/> Ponction (PONC) Site : _____ Motif de la demande _____	<input type="checkbox"/> Divers et autres demandes <input type="checkbox"/> Paludisme par frottis sanguin (PALU) 1 tube EDTA (peut être fait sur tube NF) Pays _____ Clinique _____ Prélèvement au pic fébrile <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Prophylaxie _____ <input type="checkbox"/> VASP (VASP) 1Tube citrate collerette bleue <input type="checkbox"/> Vitesse de sédimentation (VS) tube noir 5 ml <input type="checkbox"/> Autre : _____ _____
---	---

<input type="checkbox"/> Hémoglobinopathies	
<input type="checkbox"/> Electrophorèse de l'hémoglobine (EHB) 1 tube EDTA (bouchon violet)	Résultat Bilan Martial _____ Motif de la demande _____
<input type="checkbox"/> Etude des gènes de l'hémoglobine* 1 tube EDTA (Consentement patient indispensable selon décret 2008-321 du 4 avril 2008)	

<input type="checkbox"/> Immunophénotypage sang (tube EDTA) * envoi sauf T4/T8	
<input type="checkbox"/> Numération des Lymphocytes T CD3, CD4, CD8 (peut être fait sur tube NF) (T4/T8)	
<input type="checkbox"/> Numération des lymphocytes CD19, CD20 (suivi traitement Rituximab=Mabthera®)*	
<input type="checkbox"/> Typage des populations lymphocytaires* (2tubes)	
-pour Recherche d'un déficit immunitaire	Renseignements cliniques : _____
- Pour Recherche ou suivi d'une lymphopathie (Lymphome, LLC) (clone lymphoïde)	_____
<input type="checkbox"/> Recherche d'une HPN (hémoglobinurie paroxystique nocturne)	_____

* Pour ces demandes nécessitant un envoi, pas de prélèvement le vendredi, les veilles de jours fériés ou le week end

LBM-FOR-034-V7

Les plaquettes peuvent agréger sur EDTA et sur citrate (plaquettes en amas). Un RDV doit être pris auprès des infirmières du laboratoire pour prélever les plaquettes au bout du doigt (téléphone : 5149)

Pour chaque demande de VASP, un tube de numération globulaire doit être prélevé (les GR doivent être au minimum au-dessus de 3.8 T/L pour pouvoir réaliser l'analyse). **Ne pas prélever sur tube CTAD.**

Pour les typages des populations leucocytaires, les cases ci-dessous doivent **impérativement** être cochées pour que la bonne analyse soit effectuée.

[Retour au sommaire des annexes](#)



Site Annecy : 0450636334
0450636335
Site St Julien : 0450496540

Coller une étiquette

administrative

Selon les dispositions réglementaires, les informations à fournir dans ce cartouche sont obligatoires

Identité réception :

Heure arrivée labo :

Nom Prescripteur :

UF demandeur :

Nom préleveur :

Date prélèvement :

Heure prélèvement :

BACTERIOLOGIE - PARASITOLOGIE

Merci de cocher de manière bien visible (feutre, couleur...)

Renseignements cliniques obligatoires					
• Immunodéprimé	Oui	Non	• Voyages	Oui	Non
• Suspicion d'ISO	Oui	Non	• Traitement antibiotique	Oui	Non
• Autre : (précisez le contexte)			• Contact avec des animaux	Oui	Non
Pour les examens d'Anatomopathologie traités par le laboratoire d'Argonay, veuillez remplir le bon spécifique.					
COPROCULTURE / PARASITOLOGIE					
<input type="checkbox"/> Coproculture adulte hospitalisé >72h (CD seulement)					CD
<input type="checkbox"/> Clostridium difficile					CD
<input type="checkbox"/> Coproculture standard (salmonella, shigella, campylobacter, STEC)					COPKO
<input type="checkbox"/> Coproculture de Nouveau Né					PARAS
<input type="checkbox"/> Parasitologie (précisez contexte et voyage) :					VIROS
<input type="checkbox"/> Virologie (un pot spécifique si possible)					HCULT
<input type="checkbox"/> Recherche de sang dans les selles					
<input type="checkbox"/> Demandes particulières : Yersinia, Ecoli O157, Vibrio, S aureus, K oxytoca, C perfringens, Bacillus, Aeromonas					
SPHERE UROGENITALE					
<input type="checkbox"/> Cytobactérienne urinaire	CCBU		<input type="checkbox"/> Urétral		URETR
Prélevé sur :			<input type="checkbox"/> Recherche de tréponèmes		TREPO
Contexte :					
<input type="checkbox"/> Cytologie urinaire	CYCHU		<input type="checkbox"/> PCR Chlam Trach urine (♂)		CTUR
<input type="checkbox"/> Antigènes (pneumo/légio)	AGURI		<input type="checkbox"/> PCR Gonocoque urine (♂)		NGUR
<input type="checkbox"/> Leptospirales	LEPTU		<input type="checkbox"/> Bilharzioses		BILAZ
<input type="checkbox"/> P. vaginal < 70ans	PVAG	Périphériques de Nouveau Né			
<input type="checkbox"/> Strepto B (9 ^e mois)	STRB	<input type="checkbox"/> Liquide gastrique	PERI2	<input type="checkbox"/> Omphalique	PERI1
<input type="checkbox"/> P. vaginal > 70ans	PV70	<input type="checkbox"/> Liquide Amniotique	AMNIO	<input type="checkbox"/> Oreille	PERI3
<input type="checkbox"/> Stérilet	STERI	<input type="checkbox"/> Placenta	PLACE	<input type="checkbox"/> Anal	PERI4
<input type="checkbox"/> Rech spermatozoïdes				<input type="checkbox"/> Autre (précisez)	PERI5
Site :					
<input type="checkbox"/> PCR C. Tracho (♀)	CTVAG	<input type="checkbox"/> PCR Gono (♀)	NGVAG		
HÉMOCULTURE					
Hémoculture N° :					
Prélevé sur :	<input type="checkbox"/> VP	<input type="checkbox"/> VWC	<input type="checkbox"/> PAC	<input type="checkbox"/> VART	
Suspicion d'Endocardite infectieuse ?	Oui	Non			
DEPISTAGE / BMR					
Sur marge anale :	<input type="checkbox"/> Dépistage rectal complet	<input type="checkbox"/> BLSE	<input type="checkbox"/> EPC (ou KPC)	<input type="checkbox"/> ERG (ou ERV)	<input type="checkbox"/> ABRI
	<input type="checkbox"/> Pyo Imi R				
Sur autre site :	<input type="checkbox"/> Sta Aureus	<input type="checkbox"/> SARM	<input type="checkbox"/> ABRI		Site :
Divers	<input type="checkbox"/> Dépistage autre, précisez :				
	<input type="checkbox"/> PCR staph nez pré-op				

LBM-FOR 032 V2

Les renseignements cliniques sont à renseigner pour chaque demande. Ils permettent d'orienter au mieux les recherches au laboratoire

[Retour au sommaire des annexes](#)

LCR		PONCTION DE SEREUSE	
<input type="checkbox"/> Cyto + Chimie + Bactério	PLCCB	<input type="checkbox"/> Ascite	POCCB
<input type="checkbox"/> Cyto + Chimie	PLCC	<input type="checkbox"/> Pleural	
<input type="checkbox"/> Cyto + Bactério	PLCB	<input type="checkbox"/> Articulare (précisez le site)	
<input type="checkbox"/> Cytologie seule	PLC	<input type="checkbox"/> Liquide péricardique	
<input type="checkbox"/> Leptospiries	LEPTO	<input type="checkbox"/> Lymphocèle	
<input type="checkbox"/> BK (envoi)	CANO	<input type="checkbox"/> Hydrocèle	
<input type="checkbox"/> Cellules néo		<input type="checkbox"/> Autre :	
<input type="checkbox"/> Autre :		<input type="checkbox"/> Cellules néo (envoi)	
SPHERE ORL			
<input type="checkbox"/> Œil	ŒIL	<input type="checkbox"/> Oreille	OREIL
<input type="checkbox"/> Cornée	CORNE	<input type="checkbox"/> Paracenthèse	ORL4
<input type="checkbox"/> Vitrée / humeur aqueuse	VITRE	<input type="checkbox"/> Sinus	SINUS
<input type="checkbox"/> Anneau soléral	ANSCL	<input type="checkbox"/> Nez	NEZ
<input type="checkbox"/> Lame	LARME	<input type="checkbox"/> Amygdale	AMYGD
<input type="checkbox"/> Lentille	LENTI	<input type="checkbox"/> Gorge	GORGE
		<input type="checkbox"/> Bouche	BOUCH
		<input type="checkbox"/> Amibes libres	
VOIES RESPIRATOIRES			
Immunodéprimé : Oui Non		Mucoviscidose : Oui Non	
Nature (obligatoire) :			
<input type="checkbox"/> Crachat	CRACH	<input type="checkbox"/> Aspiration Trachéale	CBT
<input type="checkbox"/> Aspiration Bronchique	ASPI	<input type="checkbox"/> Lavage Broncho-alvéolaire	LBA
<input type="checkbox"/> Biopsie pulmonaire	BPULM		
Demandes particulières :			
<input type="checkbox"/> Aspergillus	ASPER	<input type="checkbox"/> Légionelle	PCRLE
<input type="checkbox"/> Mycoplasme / Chlamydia	PNPUL	<input type="checkbox"/> Pneumocystis	
<input type="checkbox"/> Coqueluche		<input type="checkbox"/> Nocardia	
		<input type="checkbox"/> BK + mycobactéries	
		<input type="checkbox"/> Autres :	
PUS			
Cocher / noter une nature et indiquer le site (obligatoire) :			
<input type="checkbox"/> Pus superficiel	Nature (ex : plaie, cicatrice, nécrose, vésicule, écoulement, orifice, ...) :		
Pus profond :			
<input type="checkbox"/> Abscess / Collection	ABCES	<input type="checkbox"/> Liquide péritonéal	PERIT
<input type="checkbox"/> Ganglion / adénite	GANGL	<input type="checkbox"/> Hématome	HEMTO
<input type="checkbox"/> Dialyse péritonéale	POCB	<input type="checkbox"/> Biopsie (précisez) :	
<input type="checkbox"/> Autre :			
<input type="checkbox"/> Drain / redon	PUS4	<input type="checkbox"/> Valve Cardiaque	PUS4
<input type="checkbox"/> Catheter	PUS3	<input type="checkbox"/> Matériel (précisez) :	
<input type="checkbox"/> Lait maternel	LAITM	<input type="checkbox"/> PAC	PUS4
BIOPSIE DIGESTIVE			
<input type="checkbox"/> Recherche Helicobacter Pylori	HELIC		
<input type="checkbox"/> Biopsie colique	BCOLI	<input type="checkbox"/> Biopsie duodénale	BDUOD
<input type="checkbox"/> Biopsie rectale	BRECT	<input type="checkbox"/> Biopsie Jéjunale	BJEJU
BK et MYCOBACTERIES		DIVERS	
Nature et site (obligatoire) :			
<input type="checkbox"/> Culture (envoi)		<input type="checkbox"/> Champignons / Dermatophytes	MYCO1
<input type="checkbox"/> PCR BK		Nature :	
		<input type="checkbox"/> Recherche de parasites / gale	RECPA / RECGA
		<input type="checkbox"/> Recherche d'éosinophiles	RECEO
ANTIGENE dans le sang			
<input type="checkbox"/> Antigène aspergillaire (envoi)		<input type="checkbox"/> Antigène cryptocoque	CRYSG
<input type="checkbox"/> Candida		<input type="checkbox"/> Glucane	

Nature et site à remplir obligatoirement. Ils permettent d'orienter au mieux les milieux ou les techniques utilisées au laboratoire

[Retour au sommaire des annexes](#)

SANG Bouchon jaune à gel SST (Tube sec)		SANG Bouchon violet (EDTA K2E)	
<input type="checkbox"/> Vitamine B9 (conserver à l'abri de la lumière)	VB9	<input type="checkbox"/> Ciclosporine isolée (<i>Néoral</i>)	CICLO
<input type="checkbox"/> Vitamine B12 (conserver à l'abri de la lumière)	VB12	<input type="checkbox"/> Taux résiduel	Pic post injection
<input type="checkbox"/> Vitamine D	25OH	<input type="checkbox"/> Ciclosporine cinétique : t 0, +1, +2 H	CIC2H
SANG Bouchon jaune à gel SST (Tube sec)		<input type="checkbox"/> Ciclosporine cinétique : t 0, +1, +2, +4, +6 H	CIC6H
<input type="checkbox"/> Anticorps anti Thyroperoxydase	ATPO	<input type="checkbox"/> Tacrolimus (<i>Prograf</i>)	TACRO
<input type="checkbox"/> Anticorps anti Thyroglobuline	ATG		
TESTS Bouchon jaune à gel SST (Tube sec)		URINE Monovette Diurèse :	
<input type="checkbox"/> Test au Primpéran	PRIM	<input type="checkbox"/> Ionogramme (Na, K, urée, créatinine)	IUC24
PRL : -20, 0, +15, +30 minutes		<input type="checkbox"/> Créatinine urinaire	CRU24
<input type="checkbox"/> Test TRH complet	TRF5	<input type="checkbox"/> Calcium urinaire	CAU24
TSH + PRL : -20, 0, +30, +60, +120 minutes		<input type="checkbox"/> Calcium + phosphore urinaire	CPU24
<input type="checkbox"/> Test LH-RH	LHRH	<input type="checkbox"/> Protéines urinaires	PT24
LH + FSH : -20, 0, +30, +60, +120 minutes		<input type="checkbox"/> Acide urique	AUU24
<input type="checkbox"/> Test LH-RH pédiatrique	LHRHP	<input type="checkbox"/> Glycosurie	GLU24
LH + FSH : -20, 0, +20, +30, +60 minutes		<input type="checkbox"/> MicroAlbumine	MAL24
<input type="checkbox"/> Hypoglycémie	HYPOC	<input type="checkbox"/> Typage d'une protéinurie (2 monovettes)	EPU
Cortisol : Témoin, 0, +20, +30, +40, +60, +120 minutes			
Temps du témoin :		URINE miction Monovette	
<input type="checkbox"/> Cycle Cortisol 8h, 16h, 24h	CC3	<input type="checkbox"/> Protéines urinaires	PTUR
<input type="checkbox"/> Cycle Cortisol 8h, 12h, 16h, 20h	CC4	<input type="checkbox"/> Magnésium	MGU
<input type="checkbox"/> Dectacyl	Cortisol _____ heures	<input type="checkbox"/> MicroAlbumine	MALUE
<input type="checkbox"/> Synactène long	SYC4T	<input type="checkbox"/> Glycosurie échantillon	GLYUE
<input type="checkbox"/> Synactène court	SY2T	<input type="checkbox"/> pH urinaire	PHUR
0, +30, +60, +90 minutes		<input type="checkbox"/> Osmolarité urinaire	OSMOU
		<input type="checkbox"/> Rapport albumine/Créatinine	RAC
TESTS Bouchon gris (fluoré)		URINE Monovette+ Tube Bouchon vert (héparinate lithium)	
<input type="checkbox"/> Hyperglycémie	HGPSU	<input type="checkbox"/> Clairance de la créatinine	CLCRE
Glycémie : 0, +30, +60, +90, +120, +180 minutes		Volume urinaire :	Litres
<input type="checkbox"/> Hyperglycémie grossesse (75g glucose)	HGPM	Durée de l'épreuve :	Heures
Glycémie : 0, +60, +120 minutes			
<input type="checkbox"/> Hypoglycémie	HYPOG	Dialyse péritonéale Dialysat + Tube Bouchon vert (héparinate lithium)	
Glycémie : 0, +20, +30, +40, +60, +120 minutes		<input type="checkbox"/> Clairance de la créatinine+ urée	CLDP
Temps du témoin :		Volume urinaire :	Litres
		Durée de l'épreuve :	Heures
SANG Tube sec (bouchon rouge)		LCR Tube LCR- bouchon blanc : Tube starstedt + 1 tube de sang (à bouchon rouge)	
MEDICAMENTS		<input type="checkbox"/> Bilan protéique du LCR	BPLCR
<input type="checkbox"/> Taux résiduel	TRES	Remplir le formulaire 137	
<input type="checkbox"/> Pic post injection	PIC		
Traitement :		URINE Monovette	
<input type="checkbox"/> Acide Valproïque	AVAL	<input type="checkbox"/> Recherche de substances médicamenteuses	RSUB1
<input type="checkbox"/> Carbamazépine	CARBA	Préciser :	
<input type="checkbox"/> Phénobarbital	PHENO		
<input type="checkbox"/> Salicylés	SALI		
<input type="checkbox"/> Lithium	LI	Précisez le médicament :	
<input type="checkbox"/> Amikacine	AMIK	<input type="checkbox"/> Méthotrexate	MTX
		H:	

Pour les **analyses cinétiques**, bien **identifier** sur chaque tube le **temps** de prélèvement correspondant

[Retour au sommaire des annexes](#)

LBM-FOR.036-V07



Site Annecy : 0450636334
0450636335
Site St Julien : 0450496540

Coller une étiquette administrative

Selon les dispositions réglementaires, les informations à fournir dans ce cartouche sont obligatoires

Identité réception :

Heure arrivée labo :

Nom Prescripteur :

UF demandeur :

Nom préleveur :

Date prélèvement :

Heure prélèvement :

Envois de BIOCHIMIE

LBM-FOR 022-V7

SYSTEMATIQUEMENT CONSULTER LE MANUEL DE PRELEVEMENT :
CONDITIONS PRE-ANALYTIQUES ET DOCUMENTS A JOINDRE

SANG	COMPLEMENT	SANG	HORMONES
<input type="checkbox"/> C1q	C1QS	ANDROGENES ADULTE- (Tube sec bouchon jaune à gel SST)	
1 tube sec gel (bouchon jaune SST) + 1 tube citraté (bouchon bleu ciel)		<input type="checkbox"/> 17 OH progesterone	AHPAD
		<input type="checkbox"/> Delta 4 androsténédione	D4AS
		<input type="checkbox"/> Sulfate de déhydroépiandrostérone	DHASS
		<input type="checkbox"/> Testostérone totale	TTOSS
		<input type="checkbox"/> Les 4 hormones androgènes	LES4
SANG	VITAMINES	AUTRES	
<input type="checkbox"/> Vit K1	VK1S	<input type="checkbox"/> ACTH	ACTHS Tube EDTA (violet)
<input type="checkbox"/> Vit B8	VB8S	<input type="checkbox"/> Test ACTH	Temps
Tube sec (bouchon rouge) à l'abri de la lumière		<input type="checkbox"/> Aldostérone	ALDS Tube EDTA (violet)
<input type="checkbox"/> Vit C	VCS	<input type="checkbox"/> Aldostérone couché	ALDCS Préciser si :
<input type="checkbox"/> Vit E	VES	<input type="checkbox"/> Aldostérone debout	ALDDS <input type="checkbox"/> Demande isolée
<input type="checkbox"/> Vit A1	VA1S	<input type="checkbox"/> Rénine	RENIS <input type="checkbox"/> Test dynamique temps :
<input type="checkbox"/> Vit B6	VB6S	<input type="checkbox"/> Rénine couché	RENCS Tube EDTA (violet)
<input type="checkbox"/> Vit B1	VB1S	<input type="checkbox"/> Rénine debout	RENDS
<input type="checkbox"/> Vit B2	VB2S	<input type="checkbox"/> GH	GHS Tube sec (bouchon rouge)
Tube hépariné (bouchon vert) à l'abri de la lumière		<input type="checkbox"/> Test GH :	GSTIM
Tube EDTA (violet) à l'abri de la lumière		Temps	
Les Vitamines B9, B12, D sont dosées au laboratoire			
SANG	ANTICORPS (Tube sec bouchon jaune à gel SST)	SANG	DIVERS (Tube sec bouchon jaune à gel SST)
<input type="checkbox"/> Anti GAD	AAGAD	<input type="checkbox"/> Alpha1 anti trypsine	A1AS <input type="checkbox"/> Aldolase ALDAS
<input type="checkbox"/> Anti IA2	ACIA2	<input type="checkbox"/> Chaines légères	CHLEG <input type="checkbox"/> CDT CDTS
<input type="checkbox"/> Anti récepteur de la TSH = TRAK	AARTS	<input type="checkbox"/> IgE totales	IETS <input type="checkbox"/> CIC CICS
LCR	<input type="checkbox"/> Alzheimer ALZHE	<input type="checkbox"/> Enzyme de conversion de l'angiotensine	ECAS
<input type="checkbox"/> PROTEINE 14 3 3 (PRION) PR143	<input type="checkbox"/> Néoptérine NEOP	SANG	DIVERS (tube sec bouchon rouge)
URINE DE 24H	Diurèse :	<input type="checkbox"/> Crosslaps	CROLS
<input type="checkbox"/> Cortisol Libre Urinaire CLU		<input type="checkbox"/> Calcitonine	CALCS <input type="checkbox"/> IGF1 (adulte) IGFBP
<input type="checkbox"/> Dérivés méthoxylés des cathécholamines DMU		<input type="checkbox"/> Neurone Specific Enolase	NSESG
Autres		<input type="checkbox"/> Peptide C (adulte) PEPCS	<input type="checkbox"/> IGF1 IF1S
		SANG	DIVERS (tube hépariné bouchon vert)
		<input type="checkbox"/> Dérivés méthoxylés des cathécholamines (2 tubes)	DMS
		<input type="checkbox"/> Fructosamine	FRUC
		<input type="checkbox"/> URACILE (Phénotypage DPD-5FU) (2 tubes)	5FUU
		Autres	

[Retour au sommaire des annexes](#)

5 - Documents associés

- ✓ [LBM-MO-238](#) Modalités pour l'identification des prélèvements biologiques

6 - Documents de référence

- ✓ Code de la santé publique article L.6211-7, L.6211-15, L.6211-8
- ✓ Guide de bonne exécution des analyses GBEA
- ✓ Norme ISO EN NF 15189

Diffusion	
-	Unités de soins/Laboratoire/médecins

Rédaction	Sandrine BOUTRUCHE (laboratoire - Responsable qualité)	17/02/2020
Vérification	Florence BLANC-JOUVAN (Laboratoire - Annecy- Biologiste), Helene PETITPREZ (Laboratoire - Annecy- Biologiste)	21/02/2020, 24/03/2020
Approbation	Bruno CHANZY (Laboratoire Co-Responsable Qualité)	29/04/2020