

Etiquette NIP patient

Etiquette UH

Prescripteur Code APH

Préleveur

Nom :
 Nom Jeune Fille :
 Prénom :
 DDN :/...../..... Sexe :

Prénom :
 Nom :
 Fonction :
 Tel :

Prénom :
 Nom :
 Fonction :
 Tel :



BEAUJON BIOCHIMIE - Dr Katell PEOC'H
 100, boulevard du Général Leclerc 92118 CLICHY Standard : 0140875000
 Réception : 5370 Résultats : 4129 Fax : 0140804471

SACHET GRIS



JB17 02/05/2020

Date de prélèvement

JJ/MM/AA

/ /

Heure

:

Examens non réalisés sur le site LOUIS MOURIER, envoyés sur le site BEAUJON

**Respecter le type et le nombre de tubes demandés
 Remplir les renseignements cliniques au verso de la feuille**

SANG - 1 Tube 5mL sec avec gel (jaune)

- ACE
- AFP
- SCC
- CYFRA 21
- Chromogranine A
- HCG Total (dimère + bêta libre)
- CA15.3
- CA125
- CA199
- PIVKA-II
- NSE

SANG - 1 Tube 5mL sec avec gel (jaune)

- FibroTest (avec index calculé)
(ALAT, GGT, bilirubine totale, haptoglobine, Alpha 2 macroglobuline, apolipoprotéine A1)

SANG - 1 Tube 5mL sec avec gel (jaune)

- Acides biliaires totaux

SANG - 1 Tube 5mL sec avec gel (jaune)

- Alpha 2 macroglobuline
- IgG4
- Céruloplasmine
- Bêta 2 microglobuline

SANG - 1 Tube 5mL hépariné avec gel (vert clair)

- Myoglobine
- Osmolalité

SANG - 1 Tube 5mL hépariné sans gel (vert foncé)

- Vitamine B1 érythrocytaire
Transport dans la glace à l'abri de la lumière

LCR - 1 Tube 5mL sans additif (neutre) (minimum 2 mL)

+ SANG - 1 tube sec avec gel (jaune)

- Recherche de synthèse intrathécale d'IgG
(isofocalisation des protéines du LCR)
- Index calculé de synthèse intrathécale (analyse quantitative)
- Index calculé de transsudat de l'albumine (analyse quantitative)

URINES - 1 Monovette 10mL (jaune)

+ SANG - 1 tube sec avec gel (jaune)

- Caractérisation de la protéinurie
(Tubulaire, glomérulaire, mixte)

Renseignement :

Diurèse 24H : mL

Valeur de la protéinurie :

- Osmolalité
- Bêta 2 microglobuline

SELLES - Pot à selles

- Calprotectine
- Recherche de sang
- Ionogramme (Na, K, Cl)
Uniquement si selles liquides

Autre :

.....

CADRE RESERVE AU LABORATOIRE : Revue de contrat

<p>Type et nombre de prélèvements reçus :</p> <hr/> <p>Identification d'une non-conformité critique :</p> <p><input type="checkbox"/> Echantillon(s) non identifié(s)</p> <p><input type="checkbox"/> Discordance Echt/Prescription</p> <p><input type="checkbox"/> Echantillon(s) manquant(s)</p> <p><input type="checkbox"/> Contenant non adapté</p> <p><input type="checkbox"/> Echantillon(s) accidenté(s)</p>	<p><input type="checkbox"/> Si Pré-traitement</p> <p><input type="checkbox"/> Centrifugation</p> <p><input type="checkbox"/> Décantation</p> <p><input type="checkbox"/> Pas de pré-traitement</p> <p><input type="checkbox"/> Conservation avant envoi</p> <p><input type="checkbox"/> TA <input type="checkbox"/> 2 à 8°C <input type="checkbox"/> -20°C</p>	<p>Date et heure d'arrivée à l'accueil du site expéditeur</p> <p align="right">Visa :</p> <p>Date et heure d'arrivée à l'accueil du site destinataire</p> <p align="right">Visa :</p>
---	--	---



JB62 07/12/2017

- NC Critique**
 NC Acheminement
 NC Identité
 NC Prescription
 NC Echantillon

Renseignements cliniques

Pour les demandes des MARQUEURS TUMORAUX :

<input type="checkbox"/> Bilan initial <input type="checkbox"/> Suivi <input type="checkbox"/> Chirurgie <i>date :</i>	<input type="checkbox"/> Cancer colorectal <input type="checkbox"/> Hépatocarcinome <input type="checkbox"/> Cancer pancréas <input type="checkbox"/> Cancer ovaire <input type="checkbox"/> Cancer du sein <input type="checkbox"/> Tumeur neuroendocrine <input type="checkbox"/> Autre <i>préciser :</i>	<p><i>Interférences analytiques possibles :</i></p> <input type="checkbox"/> Facteur Rhumatoïde <input type="checkbox"/> HAMA <input type="checkbox"/> Sujet Lépreux <input type="checkbox"/> IgM Monoclonale	<input type="checkbox"/> Traitements en cours <i>préciser :</i>
<input type="checkbox"/> Chimiothérapie <i>date :</i>			
<input type="checkbox"/> Autre <i>préciser :</i>			

Pour les demandes de la RECHERCHE DE SYNTHÈSE INTRATHECALE D'IgG :

Suspicion de sclérose en plaque
 Suspicion de maladie de Lyme
 Maladie lymphoproliférative
 Hémopathie
 Maladie neurodégénérative
 Autre
préciser :

Pour les demandes des CALPROTECTINES :

MICI
 Traitements MICI
 Traitements AINS
 Autre

Pour les demandes des VITAMINES B1 :

<input type="checkbox"/> Carence vitaminique <input type="checkbox"/> Maladie neurologique <i>préciser :</i>	<input type="checkbox"/> Chirurgie bariatrique <i>date :</i>	<input type="checkbox"/> By pass gastrique <input type="checkbox"/> Sleeve gastrectomie <input type="checkbox"/> Anneau gastrique
<input type="checkbox"/> Grossesse - SA :	<input type="checkbox"/> Bilan pré-opératoire <input type="checkbox"/> Prise en charge médicale	

Autre renseignements cliniques :

NON IMPRIMABLE