

Médicaments	
RA1	<input type="checkbox"/> Dernière prise à ____h
RAQ	<input type="checkbox"/> Carbamazépine
RAZ	<input type="checkbox"/> Digoxine
RAL	<input type="checkbox"/> Lithium sérique
RAP	<input type="checkbox"/> Phénobarbital
RAO	<input type="checkbox"/> Phénytoïne
RAU	<input type="checkbox"/> Acide valproïque
RTC	<input type="checkbox"/> Tacrolimus
RBE	<input type="checkbox"/> Lamotrigine
RBA	<input type="checkbox"/> Lévétiracétam
RBC	<input type="checkbox"/> Topiramate

A.. Toxicologie	
EGJ	<input type="checkbox"/> HbCO
QBD	<input type="checkbox"/> Diagnostic
QBT	<input type="checkbox"/> Traitement
QBC	<input type="checkbox"/> 1 Alcool
QBF	<input type="checkbox"/> 3 Paracétamol
QBR	<input type="checkbox"/> 6 Benzodiazépines
QBS	<input type="checkbox"/> 7 Barbituriques
QBO	<input type="checkbox"/> 8 Cannabis
QBN	<input type="checkbox"/> 9 Cocaïne
QBM	<input type="checkbox"/> 0 Opiacés
QBL	<input type="checkbox"/> 1 Méthadone
QBP	<input type="checkbox"/> Amphétamines

Urine	
..I Protéines urinaires	..X 24h
OBC	<input type="checkbox"/> R. protéines/créat
OBP	<input type="checkbox"/> 1 Dosage Protéines
OFU	<input type="checkbox"/> 2 Electrophorèse
OFA	<input type="checkbox"/> 3 R. albumine/créat
OFB	<input type="checkbox"/> 4 R. albumine/créat
OFK	<input type="checkbox"/> 5 IgG
OFM	<input type="checkbox"/> 6 α1 microglobuline
OFN	<input type="checkbox"/> 7 β2 microglobuline
OFB	<input type="checkbox"/> 8 Rech. Bence-Jones

X..Chimie		Y..	
OEB	<input type="checkbox"/> 1 Urée	1	YV1
OEC	<input type="checkbox"/> 2 Créatinine	2	YV2
OEE	<input type="checkbox"/> 3 Acide urique	3	YV3
OEF	<input type="checkbox"/> 4 Sodium	4	YV4
OEG	<input type="checkbox"/> 5 Potassium	5	YV5
OEH	<input type="checkbox"/> 6 Chlorures	6	YV6
OEI	<input type="checkbox"/> 7 Calcium	7	YV7
OEK	<input type="checkbox"/> 8 Phosphore	8	YV8
OEP	<input type="checkbox"/> 9 Amylase	9	AMY
OEM	<input type="checkbox"/> Magnésium		YV9
OB9	<input type="checkbox"/> Filtration		

Clearance 24h		+1	
PDA	<input type="checkbox"/> Urée	+	
PEA	<input type="checkbox"/> Créatinine	+	
PIA	<input type="checkbox"/> Acide urique	+	
PFA	<input type="checkbox"/> Amylase	+	
PHA	<input type="checkbox"/> Calcium	+	
PGA	<input type="checkbox"/> Phosphore	+	
PEM	<input type="checkbox"/> Poids _____ P		PEN
PTM	<input type="checkbox"/> Taille _____ P+T		PTN

Microbiologie	
U.. Urine	..G Sphère orale
OB1	<input type="checkbox"/> 1 Osmolalité, pH, densité
OCB	<input type="checkbox"/> 2 Sédiment, tigette
OB5	<input type="checkbox"/> 3 Glucose
OB4	<input type="checkbox"/> 4 Protéines
WBE	<input type="checkbox"/> 6 Culture + ATB
WBI	<input type="checkbox"/> 8 Levures
LEG	<input type="checkbox"/> Ag. Legionella
PNU	<input type="checkbox"/> Ag. Pneumocoque
WBC	<input type="checkbox"/> Culture BK (>40 ml)
OCE	<input type="checkbox"/> Parasites (>10 ml)

..D Sphère uro-génitale	
WFB	<input type="checkbox"/> 1 Examen direct
WFC	<input type="checkbox"/> 2 Culture + ATB
WFE	<input type="checkbox"/> 4 Levures
WFF	<input type="checkbox"/> Strepto B. (gross. 35-37s.)
WFG	<input type="checkbox"/> Trichomonas

..M Selles	
TCG	<input type="checkbox"/> 1 Sang
WHG	<input type="checkbox"/> 5 Coproculture + ATB
WHI	<input type="checkbox"/> 7 Clostridium dif. >2 ans
WHK	<input type="checkbox"/> 8 Rota-Adénovirus <2 ans
WHC	<input type="checkbox"/> Dosage calprotectine

Biopsie gastrique	
PYT	<input type="checkbox"/> Traité <input type="checkbox"/> Non traité
PY1	<input type="checkbox"/> Antre
PY2	<input type="checkbox"/> Fundus
PY3	<input type="checkbox"/> Autre: _____
PYL	<input type="checkbox"/> Helicobacter pylori + ATB

PPP Phanères (dermatophytes)	
	<input type="checkbox"/> Examen direct
	<input type="checkbox"/> Culture mycètes

HEM Hémoculture	
HEO	<input type="checkbox"/> Origine _____
WAB	<input type="checkbox"/> Anaérobie + ATB
WAC	<input type="checkbox"/> Aérobie + ATB

..Q Pus - Plaie - Os - Liq. articulaire	
PE1	<input type="checkbox"/> 1 Examen direct
PE2	<input type="checkbox"/> 2 Culture aérobie + ATB
PE3	<input type="checkbox"/> 3 Culture anaérobie + ATB
PE5	<input type="checkbox"/> 5 Levures
PE6	<input type="checkbox"/> 6 Champignons
WEE	<input type="checkbox"/> Culture BK

..P Liquide articulaire	
L24	<input type="checkbox"/> Site précis _____
VBB	<input type="checkbox"/> 1 Protéines totales
VBG	<input type="checkbox"/> 2 Glucose
VBH	<input type="checkbox"/> 3 Acide Urique
VBT	<input type="checkbox"/> 4 Complément C3
CIT	<input type="checkbox"/> 5 Cytologie-Cristaux

Hormonologie urinaire	
SKD	<input type="checkbox"/> Cortisol libre + créat
SPD	<input type="checkbox"/> Catécholamines tot + créat
SPH	<input type="checkbox"/> Métanéphrines
SPC	<input type="checkbox"/> 5-HIAA

FO-PRE-30007

Renseignements patient

Nom : _____

Prénom : _____

Né(e) le :

Sexe : M / F

Rue : _____

Localité : _____

Tél.: ____ / ____

Mutuelle : _____

NISS :

Médecin prescripteur

Cachet, N° Inami et Signature

Autres analyses

Renseignements cliniques:

sur le protocole rem oui non

Date : ____ / ____ / ____ à ____ h ____ Par : _____

Prélèvements

Sang prelevé dans l'ordre ci-dessous	Autres prélèvements	Légende
1	<input type="checkbox"/> Tube purge (si bleu)	<input type="checkbox"/> Tube beige Urine/Urine PCR
2	<input type="checkbox"/> Tube bleu	<input type="checkbox"/> Tube vert olive (borate) Urine
3	<input type="checkbox"/> Tube rouge	<input type="checkbox"/> Urine 24h
4	<input type="checkbox"/> Tube rouge sans gel	<input type="checkbox"/> Urine 24h HCL
5	<input type="checkbox"/> Tube vert	<input type="checkbox"/> Pot stérile/F. eSwab (blanc)
6	<input type="checkbox"/> Tube mauve	<input type="checkbox"/> Frottis eSwab PCR (orange)
7	<input type="checkbox"/> Tube mauve PCR	<input type="checkbox"/> Kit spécial
8	<input type="checkbox"/> Tube cell free DNA (streck)	<input type="checkbox"/> Hémoculture
9	<input type="checkbox"/> Tube gris	
0	<input type="checkbox"/> Tube bleu oligo-éléments	

Sphère orale	ORL - Voies respiratoires	Pus - Plaie - Liquide - Os	Sphère uro-génitale				
WC1	<input type="checkbox"/> Gorge	WD1	<input type="checkbox"/> Oreille	L01	<input type="checkbox"/> Lésion cutanée	WF1	<input type="checkbox"/> F. vaginal
WC2	<input type="checkbox"/> Langue	WD2	<input type="checkbox"/> Nez	L02	<input type="checkbox"/> Escarre - ulc. chronique	WF2	<input type="checkbox"/> F. urétral
WC3	<input type="checkbox"/> Bouche	WD3	<input type="checkbox"/> Expecto	L03	<input type="checkbox"/> Morsure	WF3	<input type="checkbox"/> Sperme
		WD4	<input type="checkbox"/> AET	L04	<input type="checkbox"/> Plaie opératoire	WF4	<input type="checkbox"/> Autre _____
		WD5	<input type="checkbox"/> Aspiration bronchique	L06	<input type="checkbox"/> Liquide articulaire		
		WD6	<input type="checkbox"/> Frottis nasopharyngé	L07	<input type="checkbox"/> Banque d'os		
				L10	<input type="checkbox"/> Autre _____		
				L11	<input type="checkbox"/> Site précis _____		



