

Nom du médecin: _____

Code du médecin: _____

Adresse: _____

Téléph.: _____

Fax: _____

Identification patient

Nom _____ Prénom _____

Adresse _____ Code postal _____ Ville _____

N° Matricule: _____ Date de naissance: ____/____/____

Téléph.: _____ N° Accident: _____ Date accident: ____/____/____

Renseignements cliniques:

Date de prescription: ____/____/____ Date d'expiration: ____/____/____ (max 6 mois) (Sans date d'expiration, ordonnance valable 2 mois)

ANALYSES MÉDICALES

Hématologie	Hémostasie	Thrombophilie :	
<input type="checkbox"/> Numération (Hb, GR, GB, Plaq) <input type="checkbox"/> Numération et formule <input type="checkbox"/> Réticulocytes <input type="checkbox"/> VS (<u>non cumulable avec fibrinogène</u>)	<input type="checkbox"/> Groupe sanguin ABO & Rh. <input type="checkbox"/> 1ère <input type="checkbox"/> 2ème détermination Motif thérapeutique (Art72 statuts CNS) : <input type="checkbox"/> grossesse <input type="checkbox"/> FIV <input type="checkbox"/> pré transfusion <input type="checkbox"/> pré op <input type="checkbox"/> autre : _____ Sans motif thérapeutique : HN	<input type="checkbox"/> Taux prothrombine - INR traitement AVK : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> TCA (APTT) <input type="checkbox"/> Fibrinogène (<u>non cumulable avec VS</u>) <input type="checkbox"/> Activité anti-Xa (héparine) médicament : _____ heure dernière prise : _____ <input type="checkbox"/> Dosage NACO contexte hémorragique ? : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non médicament : _____ heure dernière prise : _____ <input type="checkbox"/> Facteur von Will. Cofact risto. <input type="checkbox"/> Facteur von Willebrandt Ag <input type="checkbox"/> Temps d'occlusion (TS) <input type="checkbox"/> Autres facteurs de coagulation	<input type="checkbox"/> thrombophilie acquise, contexte : _____ <input type="checkbox"/> autre : _____ <input type="checkbox"/> Protéine S <input type="checkbox"/> Protéine C <input type="checkbox"/> Antithrombine (ATIII) <input type="checkbox"/> Résistance Prot C Activée <input type="checkbox"/> Anticoagulant lupique <input type="checkbox"/> Ac anti-phospholipides <input type="checkbox"/> D-Dimères <input type="checkbox"/> suspicion TVP <input type="checkbox"/> suspicion embolie pulmonaire <input type="checkbox"/> autre : _____
Typage lymphocytaire (1) : <input type="checkbox"/> CD4/CD8 <input type="checkbox"/> immunodéficience acquise <input type="checkbox"/> autre : _____ <input type="checkbox"/> Complet <input type="checkbox"/> diagnostic hémopathie <input type="checkbox"/> immunodéficience cellulaire <input type="checkbox"/> suivi d'une hémopathie maligne	<input type="checkbox"/> Agglutinines irrégulières (RAI) <input type="checkbox"/> grossesse <input type="checkbox"/> pré-op <input type="checkbox"/> avant transfusion <input type="checkbox"/> autre : _____ <input type="checkbox"/> Coombs direct		
Rens. Cliniques :			
Biochimie			
<input type="checkbox"/> Ferritine <input type="checkbox"/> Transferrine ou capacité de fixation <input type="checkbox"/> Coeff saturation transferrine <input type="checkbox"/> Folates sér. ou <input type="checkbox"/> Fol. Érythrocyt. <input type="checkbox"/> Vitamine B12 <input type="checkbox"/> si anémie macrocytaire <input type="checkbox"/> maladie neurodégénérative <input type="checkbox"/> thalassémie <input type="checkbox"/> autre : _____ <input type="checkbox"/> Haptoglobine*	<input type="checkbox"/> Glycémie à jeun <input type="checkbox"/> Glycémie post-prandiale <input type="checkbox"/> HbA1c <input type="checkbox"/> screening (max 2x/an) <input type="checkbox"/> diabète (max 4x/an) <input type="checkbox"/> Fructosamine (<u>non cumulable avec HbA1c</u>) si diabète et <input type="checkbox"/> grossesse <input type="checkbox"/> variant Hb	<input type="checkbox"/> CK totales <input type="checkbox"/> CK-MB (<i>si CK augmentées</i>) <input type="checkbox"/> Myoglobine (<i>si CK augmentées</i>) <input type="checkbox"/> pathologie musculaire <input type="checkbox"/> autre : _____ <input type="checkbox"/> NT pro-BNP/BNP (à faire dans les 48h) <input type="checkbox"/> diagnostic dyspnée aigüe vs insuff ventriculaire <input type="checkbox"/> autre : _____	
<input type="checkbox"/> Créatinine + DFG <input type="checkbox"/> Clear. Cockcroft : poids= <input type="checkbox"/> Acide urique <input type="checkbox"/> Urée <input type="checkbox"/> Bilirubine <input type="checkbox"/> Ions (Na, K, Cl) <input type="checkbox"/> Calcium <input type="checkbox"/> Phosphore <input type="checkbox"/> Magnésium <input type="checkbox"/> Cholestérol total <input type="checkbox"/> Cholestérol HDL ou <input type="checkbox"/> Apo A1 <input type="checkbox"/> Cholestérol LDL ou <input type="checkbox"/> Apo B <input type="checkbox"/> Triglycérides <input type="checkbox"/> Homocystéine (HN)	<input type="checkbox"/> HGPO 2h <input type="checkbox"/> HGPO 3h <input type="checkbox"/> Test O'Sullivan (0' et 60') <input type="checkbox"/> SGOT (ASAT) <input type="checkbox"/> SGPT (ALAT) <input type="checkbox"/> GGT <input type="checkbox"/> Phosph. Alcalines <input type="checkbox"/> Lipase <input type="checkbox"/> max 1 <input type="checkbox"/> Amylase <input type="checkbox"/> max 1 <input type="checkbox"/> LDH <input type="checkbox"/> Cholinestérases <input type="checkbox"/> pré-op <input type="checkbox"/> autre :	<input type="checkbox"/> Protéines totales <input type="checkbox"/> Albumine <input type="checkbox"/> Préalbumine <input type="checkbox"/> Electrophorèse des protéines <input type="checkbox"/> Protéine monoclonale (rech et ident.) <input type="checkbox"/> si suspicion à l'électrophorèse <input type="checkbox"/> suspicion clinique <input type="checkbox"/> IgG <input type="checkbox"/> IgA <input type="checkbox"/> IgM <input type="checkbox"/> Chaînes légères K/λ (<u>non cumulable avec la rech de BJ</u>) <input type="checkbox"/> amyloïdose <input type="checkbox"/> myélome non sécrétant <input type="checkbox"/> myélome chaînes légères O autre : _____ <input type="checkbox"/> Orosomucoïde* <input type="checkbox"/> β2-microglobuline <input type="checkbox"/> Récepteur sol. Interleukine 2 <input type="checkbox"/> suivi sarcoïdose <input type="checkbox"/> hémopathie maligne <input type="checkbox"/> suivi greffe de <input type="checkbox"/> autre : _____	Urines Echantillon Ur. 24h Créatinine <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Clearance créat (sg + ur) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Albumine <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Protéines <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Profil protéique <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Recherche de BJ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Urée <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Acide urique <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Calcium <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Phosphore <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Magnésium <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ions (Na, K, Cl) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Chimie urines (tigette) <input type="checkbox"/> Sédiment <input type="checkbox"/> Culture si leucocyturie <input type="checkbox"/> Culture <input type="checkbox"/>
* CRP, haptoglobine, orosomucoïde et a-1-antitrypsine : max 2			
(1) Renseignements cliniques obligatoires, sinon HN (analyse à charge du patient)			

Origine : midstream urines sondées

Symptômes : oui non Traitement :

Signature du prescripteur: _____

Copie au Dr: _____

ANALYSES MÉDICALES

Patient Nom _____ Prénom _____
 N° Matricule: _____ Date de naissance: ____/____/____

Selles	Vitamines	Marqueurs tumoraux (1) (max 1 sauf cancer testicule ou néo multiple)																																																										
<input type="checkbox"/> Hémoglobine (max 1) <input type="checkbox"/> Résidus digestifs <input type="checkbox"/> Elastase pancréatique <input type="checkbox"/> <i>diagnostic insuffisance pancréatique</i> <input type="checkbox"/> <i>suivi insuffisance pancréatique</i> <input type="checkbox"/> Calprotectine <input type="checkbox"/> <i>suivi maladie de Crohn</i> <input type="checkbox"/> <i>suivi colite ulcéreuse</i> <input type="checkbox"/> <i>colopathie inflammatoire ou fonctionnelle ?</i> <input type="checkbox"/> IgA sécrétoire (HN) <input type="checkbox"/> α-1-antitrypsine (HN)	<input type="checkbox"/> Vitamine A <input type="checkbox"/> Béta-carotène] max 1 <input type="checkbox"/> Vitamine B1 <input type="checkbox"/> Vitamine B2] max 2 <input type="checkbox"/> Vitamine B6 <input type="checkbox"/> Vitamine B3 ou PP (HN) <input type="checkbox"/> Vitamine B8 ou biotine (HN) <input type="checkbox"/> Vitamine C (HN) <input type="checkbox"/> Vitamine E (HN)	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left; padding: 2px;">Suivi (max 1)</th> <th style="text-align: left; padding: 2px;">Diagnostic</th> <th style="text-align: left; padding: 2px;">Suivi (max 1)</th> <th style="text-align: left; padding: 2px;">Diagnostic</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>CEA <input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> HN</td> <td>Cyfra 21-1 <input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> HN</td> </tr> <tr> <td>CA125 <input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> HN</td> <td>CA125 + HE4 <input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> HN</td> </tr> <tr> <td>CA15.3 <input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> HN</td> <td>PTH-RP <input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> HN</td> </tr> <tr> <td>CA19.9 <input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> HN</td> <td>Chromogranine A <input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> HN</td> </tr> <tr> <td>CA 72.4 <input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> HN</td> <td>Protéine S100 <input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> HN</td> </tr> <tr> <td>TPS ou TPA <input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> HN</td> <td>Thyroglobuline <input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> HN</td> </tr> <tr> <td>NSE <input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> HN</td> <td>AFP <input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>SCC <input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> HN</td> <td>HCG <input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>Calcitonine <input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>PSA total <input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> tumeur</td> <td><input type="checkbox"/> prostatite</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>PSA libre <input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td colspan="2" style="text-align: center; padding-top: 5px;"><i>(si PSA entre 4 et 10)</i></td> </tr> </tbody> </table>	Suivi (max 1)	Diagnostic	Suivi (max 1)	Diagnostic	CEA <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> HN	Cyfra 21-1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> HN	CA125 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> HN	CA125 + HE4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> HN	CA15.3 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> HN	PTH-RP <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> HN	CA19.9 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> HN	Chromogranine A <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> HN	CA 72.4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> HN	Protéine S100 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> HN	TPS ou TPA <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> HN	Thyroglobuline <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> HN	NSE <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> HN	AFP <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SCC <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> HN	HCG <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			Calcitonine <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			PSA total <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> tumeur	<input type="checkbox"/> prostatite			PSA libre <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<i>(si PSA entre 4 et 10)</i>		<p>Indication (si suivi) :</p>	
Suivi (max 1)	Diagnostic	Suivi (max 1)	Diagnostic																																																									
CEA <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> HN	Cyfra 21-1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> HN																																																									
CA125 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> HN	CA125 + HE4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> HN																																																									
CA15.3 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> HN	PTH-RP <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> HN																																																									
CA19.9 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> HN	Chromogranine A <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> HN																																																									
CA 72.4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> HN	Protéine S100 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> HN																																																									
TPS ou TPA <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> HN	Thyroglobuline <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> HN																																																									
NSE <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> HN	AFP <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																									
SCC <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> HN	HCG <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																									
		Calcitonine <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																									
		PSA total <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																									
		<input type="checkbox"/> tumeur	<input type="checkbox"/> prostatite																																																									
		PSA libre <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																									
		<i>(si PSA entre 4 et 10)</i>																																																										

Hormonologie	
<input type="checkbox"/> TSH <input type="checkbox"/> T4 libre (si TSH anormale) <input type="checkbox"/> T3 libre (si TSH anormale et T4 normale) <input type="checkbox"/> T3 libre (sous amiodarone) <input type="checkbox"/> Ac anti-TPO ou <input type="checkbox"/> Ac anti-Tg <input type="checkbox"/> Ac anti-réc. TSH (TRAK) <i>maladie de Basedow :</i> <input type="checkbox"/> <i>diagnostic</i> <input type="checkbox"/> <i>suivi</i> <input type="checkbox"/> Parathormone (PTH) <input type="checkbox"/> Vitamine D, 25-OH (1) <input type="checkbox"/> <i>suspicion de rachitisme</i> <input type="checkbox"/> <i>suspicion d'ostéomalacie</i> <input type="checkbox"/> <i>greffe rénale</i> <input type="checkbox"/> <i>chirurgie bariatrique</i> <input type="checkbox"/> <i>autre :</i> <input type="checkbox"/> Vitamine D, 1-25-OH (1) <i>(non cumulable avec 25-OH-Vit D)</i> <input type="checkbox"/> <i>Insuff rénale</i> <input type="checkbox"/> <i>rachitisme vitamino-résistant</i> <input type="checkbox"/> CTX (crosslaps) (1) <input type="checkbox"/> Phosph. Alc. Osseuse (1) <input type="checkbox"/> Ostéocalcine (1) <input type="checkbox"/> P1NP (1) <input type="checkbox"/> <i>traitement par</i> <input type="checkbox"/> <i>autre indication :</i>	<p><i>Date dernières règles :</i></p> <input type="checkbox"/> HCG (grossesse) (max 20 semaines) <input type="checkbox"/> FSH] non remboursés si HCG+ <input type="checkbox"/> LH] non remboursés si HCG+ <input type="checkbox"/> Oestradiol <input type="checkbox"/> Progestérone <input type="checkbox"/> Prolactine <input type="checkbox"/> Testostérone <input type="checkbox"/> SHBG (TeBG) <input type="checkbox"/> Testo libre/biodisponible, calcul] max 1 <input type="checkbox"/> Testo libre dosage] max 1 <input type="checkbox"/> Testo biodisp., dosage] max 1 <i>(non cumulable avec testo et SHBG)</i> <input type="checkbox"/> AMH <input type="checkbox"/> <i>infertilité diagnostiquée</i> <input type="checkbox"/> <i>ambiguïté sexuelle ?</i> <input type="checkbox"/> <i>autre :</i> <input type="checkbox"/> Gastrine <input type="checkbox"/> GH (STH) <input type="checkbox"/> Insuline <input type="checkbox"/> C-peptide <input type="checkbox"/> <i>diabète type 1</i> <input type="checkbox"/> <i>suspicion insulinome</i> <input type="checkbox"/> <i>autre indication :</i>
<input type="checkbox"/> Cortisol matin ou <input type="checkbox"/> à h <input type="checkbox"/> urines de 24h <input type="checkbox"/> ACTH <input type="checkbox"/> Cortisol salivaire (max 4), heure : <i>non cumulable avec Cortisol sanguin ou urinaire</i> <input type="checkbox"/> DHEAs <input type="checkbox"/> 17-OH-Progestérone <input type="checkbox"/> D4-androstènedione <input type="checkbox"/> Androstane diol gluc. ou <input type="checkbox"/> DHT <input type="checkbox"/> Aldostérone <input type="checkbox"/> debout <input type="checkbox"/> couché <input type="checkbox"/> urines de 24h <input type="checkbox"/> Renine <input type="checkbox"/> debout <input type="checkbox"/> couché <input type="checkbox"/> Angiotensine <input type="checkbox"/> ADH <input type="checkbox"/> Catécholamines <input type="checkbox"/> sang ou <input type="checkbox"/> urines de 24h <input type="checkbox"/> Métanéphrines <input type="checkbox"/> sang ou <input type="checkbox"/> urines de 24h <i>indication :</i> <input type="checkbox"/> <i>HTA paroxystique</i> <input type="checkbox"/> <i>HTA rebelle</i> <input type="checkbox"/> <i>tumeur neuro-endocrine</i> <input type="checkbox"/> <i>autre :</i> <input type="checkbox"/> Sérotonine <input type="checkbox"/> sang ou <input type="checkbox"/> urines de 24h <input type="checkbox"/> 5-HIAA (Urines de 24h) <input type="checkbox"/> VMA (Urines de 24h) ou <input type="checkbox"/> HVA (Urines de 24h)	

Toxicologie	Allergologie
<p><i>Médicament et dosage :</i></p> <p><i>Heure dernière prise :</i></p> <input type="checkbox"/> Carbamazépine <input type="checkbox"/> Ciclosporine <input type="checkbox"/> Phénobarbital <input type="checkbox"/> Tacrolimus <input type="checkbox"/> Acide valproïque <input type="checkbox"/> Sirolimus <input type="checkbox"/> Clonazépam <input type="checkbox"/> Mycophénolate <input type="checkbox"/> Lamotrigine <input type="checkbox"/> Azathioprine <input type="checkbox"/> Lévétiracétam <input type="checkbox"/> 6-mercaptopurine <input type="checkbox"/> Amiodarone <input type="checkbox"/> Méthotrexate <input type="checkbox"/> Digoxine <input type="checkbox"/> Anthracycline <input type="checkbox"/> Théophylline <input type="checkbox"/> Cisplatine <input type="checkbox"/> Amikacine <input type="checkbox"/> Infliximab + Ac <input type="checkbox"/> Gentamicine <input type="checkbox"/> Adalimumab + Ac <input type="checkbox"/> Tobramycine <input type="checkbox"/> Lithium <input type="checkbox"/> Vancomycine <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ethanol <input type="checkbox"/> CDT <p>Urines :</p> <input type="checkbox"/> Amphétamines (incl Ecstasy) <input type="checkbox"/> Benzodiazépines <input type="checkbox"/> Cannabis <input type="checkbox"/> Cocaïne <input type="checkbox"/> Méthadone <input type="checkbox"/> Opiacés <input type="checkbox"/> <p>Métaux (max 5) :</p> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> IgE totales <input type="checkbox"/> Trypsine <input type="checkbox"/> <i>suspicion choc anaphylactique</i> <input type="checkbox"/> <i>mastocytose ?</i> <p>IgE spécifiques (max. 6) <i>Composition des mélanges et autres IgE :</i> <i>se référer aux catalogues des laboratoires</i></p> <input type="checkbox"/> Pneumallergènes (sx1) <input type="checkbox"/> D. pteronyssinus (d1) <input type="checkbox"/> Animaux (ex1) <input type="checkbox"/> Chat (e1) <input type="checkbox"/> Arbres <input type="checkbox"/> Chien (e2) <input type="checkbox"/> Graminées <input type="checkbox"/> Chien (e2) <input type="checkbox"/> Herbacées <input type="checkbox"/> Bouleau (t3) <input type="checkbox"/> Moisissures <input type="checkbox"/> Noisetier (t4) <input type="checkbox"/> Poussières <input type="checkbox"/> Phléole des prés (g6) <input type="checkbox"/> Aliments (mixt.) (fx5) <input type="checkbox"/> Lait de vache (f2) <input type="checkbox"/> Céréales (fx3) <input type="checkbox"/> Blanc d'œuf (f1) <input type="checkbox"/> Noix (mixt.) (fx1) <input type="checkbox"/> Arachides (f13) <input type="checkbox"/> Produits de la mer (fx2) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Autres analyses :

Auto-immunité *Autres : se référer aux catalogues des laboratoires.*

 Facteur rhumatoïde
 Ac anti-CCP
 Ac antitransglutaminase (maladie caeliaque)
 Ac anti-nucléaires (FAN) + identif.
 ANCA
 Ac anti-phospholipides

(1) Renseignements cliniques obligatoires, sinon HN (analyse à charge du Patient)