

CENTRE HOSPITALIER ANDREE ROSEMON		
REFERENCE : <b>UF3700/03.a</b>	TITRE : <b>BILAN D'ADMISSION EN REANIMATION POLYVALENTE ET USIP</b>	
Document organisationnel : <input type="checkbox"/> Document opérationnel : <input checked="" type="checkbox"/>	SECTEUR EMETTEUR :  <b>REANIMATION</b>	Page :1/5  Date d'émission : 06/11/2015 Date de révision : 30/05/2022
<b>Rédaction :</b> Nom : ROUFOSSE F Fonction : Cadre de santé	<b>Vérification :</b> Nom : Dr HOUCKE S. Fonction : Médecin	<b>Vérification :</b> Nom : Fonction :
<b>Approbation :</b> Nom : Pr KALLE H. Fonction : Chef de service	<b>Approbation :</b> Nom : Fonction :	<b>Approbation :</b> Nom : Fonction :
<b>Ont collaboré à la rédaction :</b>		<b>Visa qualité :</b> 
<b>Domaine d'application :</b> REANIMATION		
<b>Attention, seule la version numérique de ce document fait foi</b>		

## I- OBJET

Cette procédure a pour but d'uniformiser les pratiques dans la réalisation du bilan d'admission en réanimation.

## II- PERSONNES CONCERNÉES

IDE du service de réanimation.

## III- TEXTES DE REFERENCE

Manuel de prélèvement destiné aux services de soins  
Sur Intranet le manuel de prélèvement VISKALI

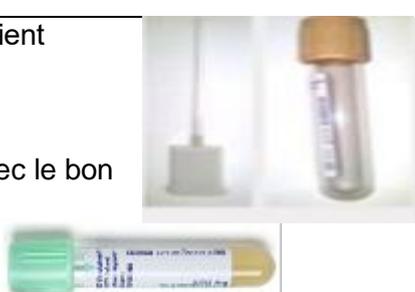
## IV- DESCRIPTION

Lors de l'admission d'un patient en réanimation, un bilan d'admission est prescrit par le médecin.

### 1) EN SYSTEMATIQUE CHEZ CHAQUE PATIENT ENTRANT EN REANIMATION

Type de recherche	Matériel/technique
<b>Bilan sanguin :</b>  - Hématologie : NFS, TP, TCA, fibrinogène, D-dimères  - Biochimie : ionogramme sanguin, urée, créatinine, Calcium, Phosphore, Magnésium, protidémie, albuminémie, troponine, BNP, CPK, bilan hépatique complet, CRP  - Sérologies : VHB, VHC, VIH, HTLV  EFS : groupe 2 déterminations et RAI	<b>Matériel utilisé :</b>  <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dans le sac rouge avec le bon « urgences/garde » 1 tube bleu 1 tube jaune 1 tube vert 1 tube violet</li>  <li>• Dans le sac blanc avec le bon sérologie 1 tube jaune</li>  <li>• Dans le sac bleu avec le bon « immuno-hématologie » 1 tube violet</li> </ul>

<b>REFERENCE : UF3700/03.a]</b>	<b>TITRE : BILAN D'ADMISSION EN REANIMATION POLYVALENTE ET USIP</b>	
Document organisationnel : <input type="checkbox"/>	<b>SECTEUR EMETTEUR :</b>  <b>REANIMATION</b>	Page :2/5
Document opérationnel : <input checked="" type="checkbox"/>		Date d'émission : 06/11/2015 Date de révision : 30/05/2022

Type de recherche	Matériel/technique
Gazométrie artérielle ou veineuse selon prescription	<p>Procédure a faire 2 fois à 30 minutes intervalles</p> <p>Appeler le serus pour le transport vers EFS</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Dans le service</li> </ul> <p>Gaz du sang</p> <p><u>Technique de prélèvement :</u></p> 
<u>Bactériologie :</u> - BMR anal et nasal	<p><u>Matériel utilisé :</u></p> <p>2 écouvillons bleu avec milieu AMIES</p> <p><u>Technique de prélèvement :</u></p> <p>Prélèvement avant la toilette ou antiseptique</p> <p>Écouvillon rectal : doit être porteur de matières fécales apparentes</p> <p>Écouvillon nasal : écouvillonner les fausses nasales</p> 
ECG 12 dérivations	Voir procédure
Radiographie thoracique	Remplir le bon et appeler le service de radiologie
Alcoolémie et toxiques urinaires	<p>Si admission d'un patient traumatisé :</p> <p>1 tube sec beige</p> <p>1 tube vert</p> <p>Dans le sac rouge avec le bon « urgences/garde »</p> 

## V- ANNEXES

<b>REFERENCE : UF3700/03.a]</b>	<b>TITRE : BILAN D'ADMISSION EN REANIMATION POLYVALENTE ET USIP</b>	
Document organisationnel : <input type="checkbox"/>	<b>SECTEUR EMETTEUR :</b>	Page :3/5
Document opérationnel : <input checked="" type="checkbox"/>	<b>REANIMATION</b>	Date d'émission : 06/11/2015 Date de révision : 30/05/2022



### DEMANDE D'EXAMENS

#### Laboratoire d'Immuno-Hématologie IHE

Manuel de prélèvement du Laboratoire GUA/LAB/IHE/PRA/FO/015		Réserve au laboratoire : Réception / horodatage :										
<b>Identité du patient</b> <i>(Coller une étiquette ou renseigner)</i>		<b>Prescripteur</b>										
Nom de naissance : _____		Nom/Prénom du prescripteur : _____ / _____										
Nom marital ou d'usage : _____		Qualité : _____										
Prénom : _____		Date de prescription : ____/____/____										
Date de naissance : ____/____/____		Etablissement ou LBM : _____										
Sexe : M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/>		Service ou adresse : _____										
N° identifiant unique : _____		Code service (UF/UA/UH) : _____										
		Téléphone : _____										
		Destinataire des résultats si différent du prescripteur : _____										
<b>Urgence : cocher ici <input type="checkbox"/></b>		<b>Prélèvement</b>										
Préciser impérativement le motif de l'urgence <input type="checkbox"/> Prescription de PSL associée en urgence vitale		Date de prélèvement : ____/____/____    Heure : ____H ____										
<input type="checkbox"/> Autre motif (préciser) : _____		Préleveur Nom : _____    Signature _____										
Résultats à communiquer : <input type="checkbox"/> Par FAX N° _____		Prénom : _____										
<input type="checkbox"/> Par voie électronique		Qualité : _____										
		N° identifiant professionnel : _____										
<b>EXAMENS DEMANDES</b> <i>(se reporter au manuel de prélèvement)</i>												
Prélèvement tube EDTA 1x <input type="checkbox"/> <i>(si nombre d'examen &lt;3)</i>		Prélèvement tube EDTA <input type="checkbox"/> x <input type="checkbox"/> par type d'examen										
<input checked="" type="checkbox"/> Phénotypage Erythrocytaire (Groupe sanguin ABO RH1 et phénotype RH KEL1) (+TDA si enfant <4 mois sauf si fourni) <input checked="" type="checkbox"/> Dépistage d'Anticorps Anti-Erythrocytaires (RAAE ou RAI) <input type="checkbox"/> Examen Direct à l'Antiglobuline (TDA ou Test de Coombs Direct) <input type="checkbox"/> Identification d'Anticorps Anti-Erythrocytaires <input type="checkbox"/> Epreuve de compatibilité érythrocytaire Phénotypage érythrocytaire <input type="checkbox"/> Etendu FY1/2, JK1/2, MNS1/4 <input type="checkbox"/> Autre : _____		<input type="checkbox"/> A la demande de l'EFS pour exploration complémentaire 3 x <input type="checkbox"/> et 2 x <input type="checkbox"/> <i>(Prendre contact avec le laboratoire au préalable)</i> <input type="checkbox"/> Anémie Hémolytique Auto Immune x <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Incident transfusionnel x <input type="checkbox"/> et x <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pré greffe de CSH x <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Post greffe de CSH x <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pré injection d'Ig anti RH1 x <input type="checkbox"/>										
<b>RENSEIGNEMENTS CLINIQUES INDISPENSABLES :</b>												
<b>Pour toute demande d'analyses</b>		<b>Grossesse en cours</b>										
<input type="checkbox"/> Antécédent de transfusion Date : ____/____/____ <input type="checkbox"/> Antécédent de grossesse <input type="checkbox"/> Antécédent d'immunisation Spécificité : _____ <input type="checkbox"/> Greffe de CSH <input type="checkbox"/> Myélome (sous DARA (CD38)) <input type="checkbox"/> Traitement par Ac monoclonal <input type="checkbox"/> Drépanocytose <input type="checkbox"/> Hémoglobinoopathie <input type="checkbox"/> Hémopathie <input type="checkbox"/> Maladie Auto Immune <input type="checkbox"/> Exploration d'un ictère <input type="checkbox"/> Exploration d'une anémie <input type="checkbox"/> Autre : _____		DDG : _____ ou DOR : _____ Geste/ Parité : _____ / _____ <input type="checkbox"/> Injection d'un Ig anti RH1 SI OUI : <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Date</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Dosage</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Voie d'administration</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		Date			Dosage			Voie d'administration		
Date												
Dosage												
Voie d'administration												
		<b>Nouveau-né &lt;6 mois</b>										
		<input type="checkbox"/> Antécédent de transfusion in utero Date : ____/____/____ Identité de la mère : Nom de naissance : _____ Nom marital ou d'usage : _____ Prénom : _____ Date de naissance : ____/____/____ <i>Merci de joindre les documents de phénotypage et RAAE de la mère</i>										
<b>CADRE RESERVE AU LBM DE L'EFS</b> Demande Conforme : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON												
Si non conforme : Code(s) NC : _____		<input type="checkbox"/> Service averti par téléphone <input type="checkbox"/> Service averti par FAX <input type="checkbox"/> Demande régularisée <input type="checkbox"/> Dérogation <input type="checkbox"/> Demande refusée										
Réceptionnée par : GUA/LAB/IHE/PRA/FO/016 V4		Numéro échantillon (coller l'étiquette code-barres)										

EFS GUADELOUPE-GUYANE- Site de Pointe à Pitre  
 Boulevard de l'Hôpital  
 97171 Pointe à Pitre  
 ☎ : 0090 47 18 26 - Fax : 0090 85 27 09  
 Secours : 8590 85 86 22 / 8690 54 92 81

Coordonnées du site ou des sites du LBM

EFS GUADELOUPE-GUYANE- Site de Cayenne  
 S&P Lotissement Ste Thérèse - Route du Tigre Cabanissou BP 732  
 97337 Cayenne  
 ☎ : 0094 28 79 69 - Fax : 0094 30 77 34  
 Secours : 8694 31 30 28

NB : Pour la 2ème détermination : cocher seulement le phénotypage ( 1<sup>er</sup> case)

<b>REFERENCE : UF3700/03.a]</b>	<b>TITRE : BILAN D'ADMISSION EN REANIMATION POLYVALENTE ET USIP</b>	
Document organisationnel : <input type="checkbox"/>	<b>SECTEUR EMETTEUR :</b>	Page :4/5
Document opérationnel : <input checked="" type="checkbox"/>	<b>REANIMATION</b>	Date d'émission : 06/11/2015 Date de révision : 30/05/2022

**CHAR - Laboratoire de Biologie Polyvalente - Postes 4071 - 5585 - 5584**

<b>Etiquette code à barre Patient</b> <small>Si indépendante, inscrire ci-dessous</small> Nom de naissance : _____ Nom usuel : _____ Prénom : _____ Date de naissance : ____ / ____ / ____ Sexe : _____ IPP : _____ N° de séjour : _____	<b>Réanimation</b>  <b>REA</b>	<b>URGENCES / GARDE</b> A utiliser pour toute demande urgente et pour toute demande : - la semaine entre 18h et 7h le lendemain - le samedi à partir de 14h jusqu'au lundi 7h - les jours fériés Horodatage : _____	
Prescripteur autorisé : _____	Préleveur : _____	Débité par : _____	Étiqueté par : _____

---

**URGENCE**

Date de prélèvement : Jour 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15  
16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31  
 Mois Jan Fév Mar Avr Mai Juin Juil Aou Sep Oct Nov Déc

Heure de Prélèvement : 0h 1h 2h 3h 4h 5h 6h 7h 8h 9h 10h 11h Minute 00 10 20  
12h 13h 14h 15h 16h 17h 18h 19h 20h 21h 22h 23h 30 40 50

**Rens. cliniques obligatoires :**  Transfusion prévue  Aplasie  Grossesse : ..... SA  AES  Bioc le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  Urgence vitale

<b>HEMATOLOGIE</b> <small>Tube violet</small> <input checked="" type="checkbox"/> Num. globulaire + plaquettes (NFP) <input checked="" type="checkbox"/> Formule sanguine <input type="checkbox"/> Plaquettes (PLAE) <input type="checkbox"/> Hémoglobine seule <input type="checkbox"/> Réticulocytes (RET) <input type="checkbox"/> Plaquettes sur Citrate (PLAC) <small>Tube bleu</small> <input type="checkbox"/> Recherche de schizocytes (RS) <input type="checkbox"/> Test de Koehauer* (TK) *Motif de la demande : _____	<b>HEMOSTASE</b> <small>Tube bleu</small> Traitement : <input type="checkbox"/> Aucun <input type="checkbox"/> AVK <input type="checkbox"/> Héparine <input type="checkbox"/> HBPM <input type="checkbox"/> Autre : _____ <input checked="" type="checkbox"/> TP/INR <input type="checkbox"/> Anti-Xa - HBPM (AXA) <input checked="" type="checkbox"/> TCA Nom et poso. : _____ <input checked="" type="checkbox"/> Fibrinogène (FIB) <input checked="" type="checkbox"/> D-Dimères (DDi) <input type="checkbox"/> Anti-Xa - HNF (HEP) Nom et poso. : _____	<b>GAZ DU SANG</b> <input type="checkbox"/> Air amb. <input type="checkbox"/> Débit : ..... l T°C : ..... - Origine <input type="checkbox"/> Artériel <input type="checkbox"/> Capillaire <input type="checkbox"/> Veineux <input type="checkbox"/> pH, pCO2, pO2, bicarbon., sat. (GAZA) <input type="checkbox"/> Formes d'Hb : HbCO, methb., (COOXA)
<b>LCR</b> <input type="checkbox"/> Examen cyto-bactériologique <input type="checkbox"/> Rech. de cryptococques dans LCR <input type="checkbox"/> Rech. Enterovirus (PCR) <input type="checkbox"/> Biochimie LCR (prot.glu,lgG,ab) <input type="checkbox"/> Lactate LCR	<b>BIOCHIMIE ENZYMO PROTEINES</b> <input type="checkbox"/> Lactate <small>Tube gris</small> <input type="checkbox"/> Glycémie <small>Tube gris</small> <input type="checkbox"/> Ammoniémie (AMMO) <small>Tube violet dans glace fondante</small> <small>Tube vert</small> <input checked="" type="checkbox"/> Iono (Na,K,Cl,RA,Prot) (IPI) <input type="checkbox"/> Sodium <input type="checkbox"/> Potassium <input type="checkbox"/> Bicarbonates <input checked="" type="checkbox"/> Urée <input checked="" type="checkbox"/> Créatinine <input type="checkbox"/> Ac. urique <input type="checkbox"/> Clair, créatinine (CLCR) : + urées <input type="checkbox"/> MORD <input type="checkbox"/> Clair, Cockroff (poids patient.....kg) <input type="checkbox"/> Bilan phosphocalcique (Ca, Phos., Mg) (BPC) <input checked="" type="checkbox"/> Calcium <input checked="" type="checkbox"/> Magnésium <input checked="" type="checkbox"/> Phosphore <input type="checkbox"/> Bilirubine totale <input type="checkbox"/> Bilirubine conjuguée <input type="checkbox"/> Bilan avant dialyse (DIAAV) <input type="checkbox"/> BI. après dialyse (DIAAP)	<b>HORMONOLOGIE</b> <small>Tube jaune</small> <input type="checkbox"/> Béta-HCG (BHCGD) DDR : ____ / ____ / ____ <input type="checkbox"/> TSH
<b>LIQUIDES DE PONCTION</b> <input type="checkbox"/> Liquide articulaire (rech. de cristaux) <input type="checkbox"/> Protides <input type="checkbox"/> LDH Nature du liquide : _____	<input checked="" type="checkbox"/> CPK <input type="checkbox"/> LDH <input type="checkbox"/> ALAT <input type="checkbox"/> ASAT <input type="checkbox"/> GGT <input type="checkbox"/> PAL (phosph. alcaline) <input checked="" type="checkbox"/> Bilan hépatique (ALAT,ASAT,PAL,GGT,Bil) <input type="checkbox"/> Lipase	<b>VIROLOGIE</b> <small>2 tubes jaunes</small> <b>AES uniquement</b> HIV <input type="checkbox"/> patient source <input type="checkbox"/> victime <b>Femme enceinte uniquement</b> <input type="checkbox"/> Ag HbS (AGHBS) <input type="checkbox"/> HIV <b>Autres</b> <input type="checkbox"/> Grippe <input type="checkbox"/> Grippe + VRS (enfants)
<b>URINES</b> (enfant < 3ans et femmes enceintes) ECBU <input type="checkbox"/> milieu de jet <input type="checkbox"/> sur sonde <input type="checkbox"/> sondage aller-retour <input type="checkbox"/> Autre : _____ <input type="checkbox"/> Antigènes pneumocoque (AGUP) <input type="checkbox"/> Antigène LP1 Légionelles (AGUL)	<input type="checkbox"/> Protides (PROT) <input checked="" type="checkbox"/> CRP <input checked="" type="checkbox"/> Albumine (ALBS) <input type="checkbox"/> Haptoglobine (HAPTO) <small>Tube jaune</small> <input checked="" type="checkbox"/> Troponine T Hs (TROPO) <input checked="" type="checkbox"/> NT-Pro BNP (BNP) <input type="checkbox"/> Procalcitonine (PCT)	<b>BIOCHIMIE URINAIRE</b> <input type="checkbox"/> 24h (volume : ..... ) <input type="checkbox"/> Miction <input type="checkbox"/> Iono <input type="checkbox"/> Protéinurie <input type="checkbox"/> Glycosurie <input type="checkbox"/> Créatinine <input type="checkbox"/> Urée
<b>HEMOCULTURES</b> Une paire d'hémocultures par feuille <b>Renseignements spécifiques :</b> <input type="checkbox"/> Suspicion endocardite <input type="checkbox"/> Hémocultures différentielles <b>Origine hémocultures :</b> Adulte Pédia Sg Veineux Péri <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> KT Veineux Central <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> KT Artériel <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ch. implantable (PAC) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Poche Transfusion <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Liquide : _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>MEDICAMENTS</b> <small>Tube jaune</small> Date et heure de dernière prise ..... / ..... / ..... à ..... h ..... Posologie : _____ <input type="checkbox"/> Anti dépresseurs tricycliques (ATC) <input type="checkbox"/> Acide valproïque (VAL) <input type="checkbox"/> Paracétamol (ACETH) <input type="checkbox"/> Carbamazépine (CARB) <input type="checkbox"/> Phénobarbital (PHNB) <input type="checkbox"/> Digoxine (DIGO) <input type="checkbox"/> Vancomycine (VANCO) <input type="checkbox"/> Amikacine (AMIKM) <input type="checkbox"/> Gentamycine (GENT)	<b>TOXICOLOGIE</b> <span style="color: blue;">●</span> - Urines <input checked="" type="checkbox"/> Cocaine <input checked="" type="checkbox"/> Barbitur. <input checked="" type="checkbox"/> Cannabis <input checked="" type="checkbox"/> Amphét. <input checked="" type="checkbox"/> Benzodazépine - Sang <small>Tube vert</small> <input checked="" type="checkbox"/> Alcoolémie - Lavage gastr. ou urines (10 ml) <input type="checkbox"/> Recherche de Paraquat
<b>Reservé au laboratoire</b> PRE FOR 012 V4	<b>PARASITOLOGIE</b> <input type="checkbox"/> Recherche de paludisme <small>Tube violet dédié</small> (TDR+frottils+G. épaisse)	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">         Pour toute autre demande, merci de          contacter le biologiste d'astreinte :          Biochimie / Hémato : 06 94 29 97 21          Bactério / Parasito : 06 94 40 34 99       </div>

TS 1 2 3 4 5 Lab NC

A utiliser en préférence avant le 01/09/22

<b>REFERENCE : UF3700/03.a]</b>	<b>TITRE : BILAN D'ADMISSION EN REANIMATION POLYVALENTE ET USIP</b>	
Document organisationnel : <input type="checkbox"/>	<b>SECTEUR EMETTEUR :</b>	Page :5/5
Document opérationnel : <input checked="" type="checkbox"/>	<b>REANIMATION</b>	Date d'émission : 06/11/2015 Date de révision : 30/05/2022

la toxicologie pour le patient admis pour traumatisé

**CHAR - Laboratoire de Biologie Polyvalente - Sérologie / Charges virales / Examens sous-traités**

<b>Etiquette code à barre Patient</b> <small>Si indigène, écrire ci-dessous :</small> Nom, Prénom, Sexe, Date de naissance, Age, N° de dossier		<b>Réanimation</b>  <b>REA</b>		<b>Sérologie / Biologie moléculaire / Biochimie urinaire / Toxiques</b>	
Prescripteur autorisé :		Préleveur :		Déballé par :	
Etiqueté par :		Horodage :			

---

**Date de prélèvement** Jour : 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31

**Mois** : Jan Fév Mar Avr Mai Jun Jul Aou Sep Oct Nov Déc

**Heure de Prélèvement** : 0h 1h 2h 3h 4h 5h 6h 7h 8h 9h 10h 11h 12h 13h 14h 15h 16h 17h 18h 19h 20h 21h 22h 23h

**Minutes** : 00 10 20 30 40 50

**Renseignements cliniques obligatoires :** Grossesse Immunodépression Traitement antiviral  
Autres

---

**1 tube jaune supplémentaire pour toute demande dans l'un des cadres ci-dessous**

<b>SEROLOGIES</b> (1 tube jaune dédié) <input checked="" type="checkbox"/> HIV - Dépistage (HIV) <input type="checkbox"/> HIV - Test de confirmation HIV (WBHIV) <input checked="" type="checkbox"/> HTLV - Dépistage (HTLV) <i>1 seule case autorisée dans la liste suivante</i> <input checked="" type="checkbox"/> VHB - Dépistage / Diag. (AgHb, AntiHb, AntiHs) <input type="checkbox"/> VHB - Suivi hép chron. (AgHb, AntiHb, AntiHs) <input type="checkbox"/> VHB - Contrôle guérison (AntiHb, AntiHs) <input type="checkbox"/> VHB - Post-vaccination (AntiHb) <input type="checkbox"/> VHB - Surv. grossesse (AntiHb) <input checked="" type="checkbox"/> VHC - Dépistage (VHC) <input type="checkbox"/> Toxoplasme (2TOXO) <b>Grossesse</b> <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI : Nb de SA : _____ <input type="checkbox"/> Syphilis - Dépistage (BW) <input type="checkbox"/> Syphilis - Suivi thérapeutique	<b>AUTRES SEROLOGIES</b> (1 tube jaune dédié) <input type="checkbox"/> VHA - Statut immunit. (anti-HAV IgG) <input type="checkbox"/> VHA - Hépatite aigüe (anti-HAV IgM) <input type="checkbox"/> Rubéole - Statut immunit. IgG (RUB) <input type="checkbox"/> CMV - Statut immunitaire (CMV) <input type="checkbox"/> EBV - Séro spécif. (EBV <sub>gp125+gp105+IgG1/2/3</sub> ) <input type="checkbox"/> Chagas (CHARC)	<b>CHARGES VIRALES</b> <input type="checkbox"/> Charge virale HIV (CVHIV) : 1 tube blanc <input type="checkbox"/> Charge virale VHB (CVHB) : 1 tube jaune dédié <input type="checkbox"/> Charge virale VHC (CVHC) : 1 tube jaune dédié
<b>BIOCHIMIE URINAIRE</b> <input type="checkbox"/> Miction <input type="checkbox"/> 24h (volume : _____) <input type="checkbox"/> Ionogramme : Na + K + Cl (UION) <input type="checkbox"/> Protéinurie (UPROT) <input type="checkbox"/> Glycosurie (UGLU) <input type="checkbox"/> Créatinurie (UCRE) <input type="checkbox"/> Urée (UURE) <input type="checkbox"/> Ac. urique (UAU) <i>Façon spécial à demander au laboratoire</i> <input type="checkbox"/> Calcium (UCA) <i>Façon spécial à demander au laboratoire</i> <input type="checkbox"/> Phosphore (UPHOS) <input type="checkbox"/> Magnésium (UMG) <input type="checkbox"/> Micro-albumine (UMIC) <input type="checkbox"/> Clairance de la créatinine (CLCR) <i>+ 1 tube vert</i>	<b>ARBOVIRUS</b> (1 tube jaune dédié + fiche arbovirale) <input type="checkbox"/> Dengue - PCR (DENGAM) <input type="checkbox"/> Chikungunya - PCR (CHIKAM) <input type="checkbox"/> Zika - PCR sang (ZIKAI) <b>Signes cliniques &gt;= 5 jours</b> <input type="checkbox"/> Dengue - Sérologie IgG/IgM (DENG2) <b>Signes cliniques &lt;= 10 jours</b> <input type="checkbox"/> Zika - PCR urine (ZIKAU)	<b>PCR DIVERS</b> Chlam. trachomatis <input type="checkbox"/> urine(CTU) <input type="checkbox"/> PV (CTP) Neiss. gonorrhoeae <input type="checkbox"/> urine(NGU) <input type="checkbox"/> PV (NGP) <input type="checkbox"/> Enterovirus (ENTV) <i>6,5 ml de LCR</i> <input type="checkbox"/> Grippe (GRIP) <i>Kit UTM à demander au labo + fiche grippe</i> <input type="checkbox"/> Grippe + VRS (enfant) (GRVRS) <i>Kit UTM à demander au labo + fiche grippe</i> <b>PCR BK</b> <input type="checkbox"/> Crachat (MTB) <input type="checkbox"/> Asp. bronchique (MTB) <input type="checkbox"/> LBA (MTB) <input type="checkbox"/> LCR (MTB) <input type="checkbox"/> Autre (MTB)
<b>BIOCHIMIE AUTRE LIQUIDE</b> Origine du liquide : <input type="checkbox"/> Pleural <input type="checkbox"/> Articulaires <input type="checkbox"/> Ascite <input type="checkbox"/> Péritonéal <input type="checkbox"/> Autre : _____ <input type="checkbox"/> Protides <input type="checkbox"/> LDH	<b>DIALYSAT PERITONEAL (DIALYSE)</b> <input type="checkbox"/> Protides, Na, K, Cl, Urée, Créatinine (DP)	<b>TOXIQUES URINAIRES</b> <i>Pour une recherche de toxiques en urgence, utiliser le bon d'examen d'urgence</i> <input type="checkbox"/> Benzodiazépine (BENZD) <input type="checkbox"/> Cocaine (COCM) <input type="checkbox"/> Opioïdes (OP) <input type="checkbox"/> Cannabinoïdes (THC) <input type="checkbox"/> Amphétamines (AMPH) <input type="checkbox"/> Barbituriques (BARB) <input type="checkbox"/> Méthadone (METD) <input type="checkbox"/> Phencyclidine (PHENC)

---

**Réservé au laboratoire** GED 1 2 3 TS 1 2 3 4 5 Lab NC

PRE FOR 024 V1 A utiliser de préférence avant le 01/02/22