

Patient	Nom d'usage :	Date de naissance :/...../.....
	Nom de naissance (<i>obligatoire</i>) :	Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
	Prénom :	INS : _ _ _ _ _
	Adresse :	
	Adresse mail :	Téléphone :

Assuré	Nom :	Prénom :
	N° SS : _ _ _ _ _	Date de naissance :
	<input type="checkbox"/> ALD <input type="checkbox"/> Invalidité <input type="checkbox"/> CMU <input type="checkbox"/> Grossesse (100 % à partir du) <input type="checkbox"/> AT n°	
	Caisse :	
	Mutuelle :	N° préfectoral ou AMC :

Prélèvement	Date :
	Heure :
	Préleveur :
	Nombre d'échantillons :
	Sang :
	Urine :
	<input type="checkbox"/> Urgence <u>médicale</u>
	<input type="checkbox"/> Patient non à jeun *
<input type="checkbox"/> Identité vérifiée **	
(Groupe sanguin, RAI, CDT)	
<input type="checkbox"/> Prélèvement difficile	

Renseignements	<u>Patient sous anticoagulant</u>
	AVK : <input type="checkbox"/> Préviscan <input type="checkbox"/> Sintrom <input type="checkbox"/> Coumadine
	Posologie :
	Cible :
	Autre anticoagulant :
<u>Dosage de médicament</u>	Nom :
Posologie :	Dernière prise (Date / heure) :
<u>Dosages hormonaux - Sérologies</u>	DDR :
<input type="checkbox"/> Grossesse	Injection d'Anti-D Date : Dose :
<u>Bactériologie</u>	Site de prélèvement : Sondage <input type="checkbox"/>
Traitement antibiotique ? : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui (nom) :	

Résultats	<input type="checkbox"/> Par mail
	<input type="checkbox"/> Au laboratoire
	<input type="checkbox"/> Par la Poste

<input type="checkbox"/> Pharmacie :

Observations	
---------------------	--

Analyses	En cas de prescription à renouveler ou en l'absence d'ordonnance, merci d'indiquer les examens à pratiquer.	
	Date de l'ordonnance renouvelable :	
	<input type="checkbox"/> INR	<input type="checkbox"/> Glycémie Autres examens :
	<input type="checkbox"/> NF	<input type="checkbox"/> Hb glyquée
	<input type="checkbox"/> Plaquettes	<input type="checkbox"/> βHCG
	<input type="checkbox"/> Toxoplasmose	

Réception	<input type="checkbox"/> Sang	Bleus : Rouges : Verts :
		Violet : Gris :
	<input type="checkbox"/> Urine	<input type="checkbox"/> Autre :
Observations :		

Important	Assurer l'identification complète des tubes prélevés. Mélanger doucement par retournements.
	* Certains examens sanguins doivent être pratiqués à jeun. Tout échantillon ne respectant pas les préconisations du laboratoire pourra être refusé. En cas de doute, consulter le manuel de prélèvement.
	** Attention à l'identification des groupes sanguins et RAI : nom d'usage, nom de naissance, prénom et date de naissance <u>obligatoires</u> sur la fiche et sur les tubes. Vérifier l'identité avec une pièce <u>officielle</u> (CNI, passeport).

Secteur Bactériologie



Hémocultures : aérobie puis anaérobie

Secteur Hémostase

Citrate Na 0,109 M (bouchon bleu)

D-Dimères *

Fibrinogène

INR

Taux de prothrombine (TP)

Temps de céphaline activée (TCA)



Secteur Immunologie 4

Sec avec gel (bouchon rouge)

BNP / NT Pro-BNP

HCG / Beta-HCG

Estradiol

FSH

LH

Progestérone

Troponine *

T3 / T3 libre

T4 / T4 libre

TSH



Secteur Hématologie

EDTA (bouchon violet)

Hématocrite-VGM

Numération formule sanguine

Paludisme *

Plaquettes

Réticulocytes

Vitesse de sédimentation (VS)



Secteur Biochimie 3

EDTA (bouchon violet)

Hémoglobine glyquée HbA1C



Secteur Immunologie 1

Sec avec gel (bouchon rouge)

CMV Sérologie

Covid Sérologie

Hépatite A Sérologie

Hépatite B Sérologie

Hépatite C Sérologie

HIV Sérologie

IgE totales

Rubéole Sérologie

Syphilis Sérologie (BW)

Testostérone

Toxoplasmose Sérologie

Vitamine D



Secteur Transmis : 1 tube par examen

Sec avec gel (bouchon rouge)

Auto-immunité (Ac anti-nucléaires ...)

CDT

DHS CLA

EBV Sérologie

Electrophorèse / I°-électrophorèse / I°-fixation

IgE spécifiques - Phadiatop / Trophatop

HT 21 : 2 tubes

Lyme Sérologie



Secteur Immuno-Hématologie

EDTA (bouchon violet)

Agglutinines irrégulières : 2 tubes

Groupe sanguin : 2 tubes



Secteur Immunologie 5

EDTA (bouchon violet)

PTH



Secteur Immunologie 2

Sec avec gel (bouchon rouge)

ACE (Ag carcino-embryonnaire)

AFP (Alpha-foeto-protéine)

Anticorps anti-CCP

Anticorps anti-thyroïdiens (ATPO ACTG)

CA 125

CA 15-3

CA 19-9

Cortisol

Folates (Vitamine B9)

Prolactine

PSA total + / - PSA libre

Vitamine B12



Secteur Biochimie 2

Héparine Li avec gel (bouchon vert)

Acide urique

Albumine

Amylase

Bilirubine totale / conjuguée

CRP (C reactive proteine)

Calcium

Chlore

Cholestérol total / HDL / LDL

Coefficient de saturation sidérophilline

CPK (Creatine phosphokinase)

Créatinine + / - Clairance

Exploration anomalie lipidique

Fer

Ferritine

Gamma-GT

Ionogramme (Na, K, Cl)

LDH (Lactico-déhydrogénase)

Lipase

Magnésium

Phosphatases alcalines

Phosphore

Potassium

Protéines totales

Réserve alcaline

Transferrine

Transaminases (ASAT-ALAT)

Triglycérides

Urée



Secteur Biochimie 4

Fluorure EDTA (bouchon gris)

Glycémie / Cycle glycémique



Pour tout autre examen, consulter le manuel de prélèvements ou notre site internet : <https://www.normandie.synlab.fr>

Respecter l'ordre de prélèvement des tubes : ordre des secteurs



Secteur Biochimie 1

Sec avec gel (bouchon rouge)

Immunoglobulines : IgG - IgA - IgM



Synlab Rouen : 02 35 71 55 48

Synlab Sotteville les R. : 02 35 72 18 93

Synlab Elbeuf : 02 32 96 30 30

Synlab Caudebec : 02 35 77 18 88

Synlab Cléon : 02 35 81 09 95

Synlab St Etienne du R. : 02 32 86 86 20

Synlab Louviers HdV : 02 32 40 22 13

Synlab Val de Reuil : 02 32 61 04 19

Synlab Vernon : 02 32 51 11 58