

Laboratoire de Biologie Médicale SYMBIO

8, rue de l'Industrie - 69420 CONDRIEU - Tél. : 04 74 566 566 - Fax : 04 74 56 69 87
13, rue Victor Hugo - 42400 ST CHAMOND - Tél. : 04 77 22 29 05 - Fax : 04 77 22 39 28

1, Place Jean Berry - 69700 GIVORS - Tél. : 04 72 49 23 13 - Fax : 04 72 49 23 17
4, place du Marché - 69360 ST SYMPHORIEN D'OZON - Tél. : 04 78 02 19 02 - Fax : 04 78 02 15 50

SYM - ENR001 - 07

Les rubriques en caractère NOIRS sont à renseigner IMPERATIVEMENT

NOM D'USAGE :		Prénom :	
NOM DE NAISSANCE (obligatoire) :		Sexe :	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M Poids :
Date de naissance :	N° SS :		
Adresse :	Téléphone fixe / portable :		
<input type="checkbox"/> Résultats à poster au patient	<input type="checkbox"/> Résultats sur www.mesanalyses.fr	<input type="checkbox"/> Médecin prescripteur	<input type="checkbox"/> Autre médecin :
<input type="checkbox"/> Résultats à garder au laboratoire	(n° tél portable pour obtention identifiant)	<input type="checkbox"/> Médecin prescripteur	<input type="checkbox"/> Autre médecin :
ORDONNANCE : <small>L'ordonnance doit être obligatoirement jointe au prélèvement (décret 2002-660 du 30-04-2002)</small>		<input type="checkbox"/> Jointe au prélèvement	<input type="checkbox"/> Déjà transmise au laboratoire (date de l'ordonnance :
FACTURATION :		<input type="checkbox"/> Patient	<input type="checkbox"/> Prise en charge
<input type="checkbox"/> Nom de la Caisse (régime obligatoire) :	<input type="checkbox"/> Mutuelle : (joindre copie de l'attestation à jour)	<input type="checkbox"/> ALD	<input type="checkbox"/> Maternité <input type="checkbox"/> Invalidité
		<input type="checkbox"/> CMU	<input type="checkbox"/> AT (date de l'AT) :
Date de fin de prise en charge (CMU, maternité) :			
RENSEIGNEMENTS CLINIQUES :		Nom du préleveur :	Date de prélèvement :
Grossesse en cours : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		Date début grossesse :	Heure de prélèvement :
Date dernières règles :	Date injection Rophylac® :	Date dernière prise :	Heure dernière prise :
Dosage médicaments :	Nom du médicament :	Posologie :	
PRELEVEMENT :		Nombre d'échantillons :	
Site de prélèvement :	<input type="checkbox"/> Pli du coude	<input type="checkbox"/> Autre	
Nature :	<input type="checkbox"/> Sang	<input type="checkbox"/> Urines	<input type="checkbox"/> Autre :
Matériel utilisé :	<input type="checkbox"/> Sous vide <input type="checkbox"/> Seringue	<input type="checkbox"/> Ecouvillon	<input type="checkbox"/> Pot stérile <input type="checkbox"/> Pot non stérile
Conditions de prélèvement :	<input type="checkbox"/> A jeun	<input type="checkbox"/> Non à jeun	<input type="checkbox"/> Autre :
Echantillons à venir :	<input type="checkbox"/> Urines	<input type="checkbox"/> Selles	<input type="checkbox"/> Autre :
RECEPTION LABORATOIRE :		Par :	Dossier n°
Prélèvement :	<input type="checkbox"/> Prélèvement conforme	<input type="checkbox"/> Prélèvement non conforme	
Motif de la non-conformité :			

Laboratoire de Biologie Médicale SYMBIO

8, rue de l'Industrie - 69420 CONDRIEU - Tél. : 04 74 566 566 - Fax : 04 74 56 69 87
13, rue Victor Hugo - 42400 ST CHAMOND - Tél. : 04 77 22 29 05 - Fax : 04 77 22 39 28

1, Place Jean Berry - 69700 GIVORS - Tél. : 04 72 49 23 13 - Fax : 04 72 49 23 17
4, place du Marché - 69360 ST SYMPHORIEN D'OZON - Tél. : 04 78 02 19 02 - Fax : 04 78 02 15 50

SYM - ENR001 - 07

Les rubriques en caractère NOIRS sont à renseigner IMPERATIVEMENT

NOM D'USAGE :		Prénom :	
NOM DE NAISSANCE (obligatoire) :		Sexe :	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M Poids :
Date de naissance :	N° SS :		
Adresse :	Téléphone fixe / portable :		
<input type="checkbox"/> Résultats à poster au patient	<input type="checkbox"/> Résultats sur www.mesanalyses.fr	<input type="checkbox"/> Médecin prescripteur	<input type="checkbox"/> Autre médecin :
<input type="checkbox"/> Résultats à garder au laboratoire	(n° tél portable pour obtention identifiant)	<input type="checkbox"/> Médecin prescripteur	<input type="checkbox"/> Autre médecin :
ORDONNANCE : <small>L'ordonnance doit être obligatoirement jointe au prélèvement (décret 2002-660 du 30-04-2002)</small>		<input type="checkbox"/> Jointe au prélèvement	<input type="checkbox"/> Déjà transmise au laboratoire (date de l'ordonnance :
FACTURATION :		<input type="checkbox"/> Patient	<input type="checkbox"/> Prise en charge
<input type="checkbox"/> Nom de la Caisse (régime obligatoire) :	<input type="checkbox"/> Mutuelle : (joindre copie de l'attestation à jour)	<input type="checkbox"/> ALD	<input type="checkbox"/> Maternité <input type="checkbox"/> Invalidité
		<input type="checkbox"/> CMU	<input type="checkbox"/> AT (date de l'AT) :
Date de fin de prise en charge (CMU, maternité) :			
RENSEIGNEMENTS CLINIQUES :		Nom du préleveur :	Date de prélèvement :
Grossesse en cours : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		Date début grossesse :	Heure de prélèvement :
Date dernières règles :	Date injection Rophylac® :	Date dernière prise :	Heure dernière prise :
Dosage médicaments :	Nom du médicament :	Posologie :	
PRELEVEMENT :		Nombre d'échantillons :	
Site de prélèvement :	<input type="checkbox"/> Pli du coude	<input type="checkbox"/> Autre	
Nature :	<input type="checkbox"/> Sang	<input type="checkbox"/> Urines	<input type="checkbox"/> Autre :
Matériel utilisé :	<input type="checkbox"/> Sous vide <input type="checkbox"/> Seringue	<input type="checkbox"/> Ecouvillon	<input type="checkbox"/> Pot stérile <input type="checkbox"/> Pot non stérile
Conditions de prélèvement :	<input type="checkbox"/> A jeun	<input type="checkbox"/> Non à jeun	<input type="checkbox"/> Autre :
Echantillons à venir :	<input type="checkbox"/> Urines	<input type="checkbox"/> Selles	<input type="checkbox"/> Autre :
RECEPTION LABORATOIRE :		Par :	Dossier n°
Prélèvement :	<input type="checkbox"/> Prélèvement conforme	<input type="checkbox"/> Prélèvement non conforme	
Motif de la non-conformité :			

HEPARINE DE LITHIUM AVEC gel séparateur			Délai d'acheminement 8 heures (sauf analyse en gras)			
Acide urique	Cholestérol	Exploration anomalie lipidique (EAL)	LDH (délai d'acheminement < 4h)	Potassium (prélèvement à domicile déconseillé, délai d'acheminement < 4h)	Saturation de la Transferrine (avec fer)	NT ProBNP
Albumine	Cholestérol HDL		Magnésium sérique		Sodium	Procalcitonine (PCT)
Bilirubine	CPK	Ferritine	Phosphatases alcalines	Protéines totales	Transaminases	Troponine (urgent, à apporter dans l'heure)
Calcium	Créatinine	Gamma GT	Phosphore (prélèvement à domicile déconseillé, délai d'acheminement < 4h)	Réserve alcaline (bicarbonates)	Triglycérides	
Chlore	CRP	Lipase		Urée		
TUBE SEC			Délai d'acheminement 12 heures (sauf analyses en gras)			
Anticorps-antithyroïdiens	Digoxine (prélèvement avant la prise du médicament. Préciser impérativement : le nom du médicament, la posologie, la date et heure de la dernière prise)	Folates	Céstradiol	Prolactine	TSH	
Cortisol (noter l'heure de prélèvement)		FSH	Parathormone (PTH) (délai d'acheminement < 6h)	T3L	Vitamine B12	
Crosslaps (CTX) (à jeun et avant 9 heures, délai d'acheminement < 6h)		LH	Progesterone	T4L (à jeun de Lévothyrox)	Vitamine D	
				Testostérone	β-HCG (noter date des dernières règles)	
TUBE SST			Délai d'acheminement 12 heures			
β 2 microglobuline	Electrophorèse	Immuno-fixation	α-fœto-protéine (AFP)	Hépatite A (Ac totaux IgM)	HIV	BW Syphilis (TPHA, VDRL)
Anticorps-antinucléaires	Facteurs Rhumatoïdes	Phadiatop	ACE	Hépatite B (Anticorps anti HbC, Ac anti-HBs, Ag HBs)	PSA	CMV
Calcitonine	Haptoglobine	Préalbumine	CA 125		Rubéole (IgG)	EBV MNI
CLA trophallergènes pneumallergènes	IgE	Thyroglobuline	CA 15-3	Hépatite C (dépiage)	Toxoplasmose	Lyme
	IgE spécifiques		CA 19-9			
Lithium, Dépakine, Tégrétol... : prélèvement avant la prise du médicament. Préciser impérativement : le nom du médicament, la posologie, la date et heure de la dernière prise						
EDTA K2			Délai d'acheminement 24 heures (sauf analyses en gras)			
Charges virales (Prélever 2 tubes, à congeler dans les 4 h)			Groupe sanguin (pour une carte valide, 2 tubes en 2 actes de prélèvement différents)		Numération formule sanguine (NFS)	
Ciclosporine, Prograf, Tacrolimus : (prélèvement avant la prise. Préciser impérativement : le nom du mdct, la posologie, la date et heure de la dernière prise)	Hémoglobine glyquée HBA1c		Recherche d'anticorps irréguliers (RAI)		Plaquettes	Réticulocytes
					Recherche de paludisme (urgent)	Vitesse de sédimentation
FLORURE DE SODIUM Délai d'acheminement 8 heures			CITRATE DE SODIUM			
			Fibrinogène (délai d'acheminement < 6h)		Activité anti-Xa / Héparinémie (à congeler dans l'heure, Préciser impérativement : le nom du médicament ainsi que l'horaire du prélèvement et de l'injection) (Si HBPM : prélèvement 3 à 4 heures après l'injection, si calciparine : prélèvement à mi-chemin entre 2 injections)	
Glycémie	D-dimères (urgent, à apporter dans l'heure)		TCA / TCK (délai d'acheminement < 4h)			
			TP / INR (délai d'acheminement < 6h)			

HEPARINE DE LITHIUM AVEC gel séparateur			Délai d'acheminement 8 heures (sauf analyse en gras)			
Acide urique	Cholestérol	Exploration anomalie lipidique (EAL)	LDH (délai d'acheminement < 4h)	Potassium (prélèvement à domicile déconseillé, délai d'acheminement < 4h)	Saturation de la Transferrine (avec fer)	NT ProBNP
Albumine	Cholestérol HDL		Magnésium sérique		Sodium	Procalcitonine (PCT)
Bilirubine	CPK	Ferritine	Phosphatases alcalines	Protéines totales	Transaminases	Troponine (urgent, à apporter dans l'heure)
Calcium	Créatinine	Gamma GT	Phosphore (prélèvement à domicile déconseillé, délai d'acheminement < 4h)	Réserve alcaline (bicarbonates)	Triglycérides	
Chlore	CRP	Lipase		Urée		
TUBE SEC			Délai d'acheminement 12 heures (sauf analyses en gras)			
Anticorps-antithyroïdiens	Digoxine (prélèvement avant la prise du médicament. Préciser impérativement : le nom du médicament, la posologie, la date et heure de la dernière prise)	Folates	Céstradiol	Prolactine	TSH	
Cortisol (noter l'heure de prélèvement)		FSH	Parathormone (PTH) (délai d'acheminement < 6h)	T3L	Vitamine B12	
Crosslaps (CTX) (à jeun et avant 9 heures, délai d'acheminement < 6h)		LH	Progesterone	T4L (à jeun de Lévothyrox)	Vitamine D	
				Testostérone	β-HCG (noter date des dernières règles)	
TUBE SST			Délai d'acheminement 12 heures			
β 2 microglobuline	Electrophorèse	Immuno-fixation	α-fœto-protéine (AFP)	Hépatite A (Ac totaux IgM)	HIV	BW Syphilis (TPHA, VDRL)
Anticorps-antinucléaires	Facteurs Rhumatoïdes	Phadiatop	ACE	Hépatite B (Anticorps anti HbC, Ac anti-HBs, Ag HBs)	PSA	CMV
Calcitonine	Haptoglobine	Préalbumine	CA 125		Rubéole (IgG)	EBV MNI
CLA trophallergènes pneumallergènes	IgE	Thyroglobuline	CA 15-3	Hépatite C (dépiage)	Toxoplasmose	Lyme
	IgE spécifiques		CA 19-9			
Lithium, Dépakine, Tégrétol... : prélèvement avant la prise du médicament. Préciser impérativement : le nom du médicament, la posologie, la date et heure de la dernière prise						
EDTA K2			Délai d'acheminement 24 heures (sauf analyses en gras)			
Charges virales (Prélever 2 tubes, à congeler dans les 4 h)			Groupe sanguin (pour une carte valide, 2 tubes en 2 actes de prélèvement différents)		Numération formule sanguine (NFS)	
Ciclosporine, Prograf, Tacrolimus : (prélèvement avant la prise. Préciser impérativement : le nom du mdct, la posologie, la date et heure de la dernière prise)	Hémoglobine glyquée HBA1c		Recherche d'anticorps irréguliers (RAI)		Plaquettes	Réticulocytes
					Recherche de paludisme (urgent)	Vitesse de sédimentation
FLORURE DE SODIUM Délai d'acheminement 8 heures			CITRATE DE SODIUM			
			Fibrinogène (délai d'acheminement < 6h)		Activité anti-Xa / Héparinémie (à congeler dans l'heure, Préciser impérativement : le nom du médicament ainsi que l'horaire du prélèvement et de l'injection) (Si HBPM : prélèvement 3 à 4 heures après l'injection, si calciparine : prélèvement à mi-chemin entre 2 injections)	
Glycémie	D-dimères (urgent, à apporter dans l'heure)		TCA / TCK (délai d'acheminement < 4h)			
			TP / INR (délai d'acheminement < 6h)			

