

NOM : _____
 Prénom : **Etiquette**
 NOM de naissance : _____
 Né(e) le : _____
 Sexe : **Maman**
 Numéro patient : _____
 Service demandeur : _____

Prescripteur : _____
 Préleveur : _____
 Fonction : _____
 Signature : _____



ANTENATAL

DSEL 0036024



DATE DE PRELEVEMENT HEURE

J J / M M / A A H H / M M

URGENT ☎ : **Type de "cochage" IMPERATIF stylo bille**

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES & INDICATIONS

TRANSFUSION IN UTERO **Un seul rang échantillon (T0, T1, TF) par feuille de prescription**

AUTRES :

Grossesse **Termé en SA**

TRANSFUSION : CGR

Hémorragie

Traitement anticoagulant chez la mère :

CYTOLOGIE ☎ 64588

Sang 1 tube EDTA bouchon violet

T0 (initial) [ANTE] (Numération formule, réticulocyte, test de kleihauer, électrophorèse de l'hémoglobine)

T1 (pendant la transfusion) [ANTEI] (Numération)

TF (fin de transfusion) [ANTEFINAL] (Numération, électrophorèse de l'hémoglobine)

HEMOSTASE ☎ 64583

Sang 2 tubes CITRATE bouchon bleu & 1 tube EDTA bouchon violet

Bilan de thrombophilie (PC, PS, AT3, Mutations V Leiden et II 20210A) [PCSUB, PSAG, AT3, DNA5, DNA2]

Joindre un consentement signé par le patient - GEDI n°7817 - et feuille de renseignements GEDI 7311

BIOCHIMIE GENERALE ☎ 68296 (68119) Analyses externalisées

<p>Sang 1 tube sérum bouchon rouge</p> <p><input type="checkbox"/> Béta 2 Microglobuline [BMICG]</p> <p><input type="checkbox"/> T3 [T3DE]</p> <p><input type="checkbox"/> T4 [T4DE]</p> <p><input type="checkbox"/> TSH [TSHDE]</p> <p><input type="checkbox"/> Bilan Hépatique</p> <p><input type="checkbox"/> Autre (précisez) :</p>	<p>Liquide Amniotique <u>Flacon stérile</u></p> <p><input type="checkbox"/> Dosage des enzymes dogestives.</p> <p><input type="checkbox"/> AFP [AFPA]</p> <p><input type="checkbox"/> Acétyl cholinestérase [ACHEA]</p> <p><input type="checkbox"/> Autre :</p>
--	--

<p>Liquide Pleural <u>Flacon stérile</u></p> <p><input type="checkbox"/> Cytologie + Biochimie</p> <p><input type="checkbox"/> Autre :</p>	<p>Liquide biologique divers <u>Flacon stérile</u></p> <p><input type="checkbox"/> Nature :</p> <p><input type="checkbox"/> Analyse demandée</p>
---	---

MALADIES METABOLIQUES ☎ 61410

Liquide Amniotique Flacon stérile

Bilan d'anasarque avec suspicion de maladies métaboliques [AMNIO]

ANT1 - V4 : 20/11/17
 GEDI 19453

Non conformités Date Autre

Tube(s) : Violet Bleu Vert Rouge Flacon stérile

Cadre réservé au laboratoire



ANTENATAL

ANTENATAL

SPECIMEN