



BIO 11 CLINIQUE CARCASSONNE Tel: 04.68.11.91.00 Fax: 04.68.11.91.09  
 BLUCHE GUILHEM CARCASSONNE Tel: 04.68.72.82.82 Fax: 04.68.72.82.83  
**BIOD'OC PONT ROUGE CARCASSONNE TEL : 04.68.72.82.96 Fax : 04.68.72.82.99**

BIO 11 LIMOUX Tel: 04.68.31.12.72 Fax: 04.68.31.50.17  
 BIOD'OC LEZIGNAN Tel: 04.68.27.00.93 Fax: 04.68.72.82.93  
 BIOD'OC TREBES Tel: 04.68.78.89.69 Fax: 04.68.78.51.88  
 BIOD'OC REVEL Tel: 05.61.24.70.70 Fax: 05.61.24.70.71  
 BIOD'OC FOIX Tel: 05.34.09.33.90 Fax: 05.36.05.01.38  
 BIOD'OC PAMIERIS Tel: 05.61.67.09.84 Fax: 05.61.67.08.95

**Nos exigences  
 préanalytiques complètes  
 sur [www.biodoc.fr](http://www.biodoc.fr)**

**PRELEVEUR**

Prélèvement effectué le ...../...../..... à .....h.....  
 par.....

**PRESCRIPTEUR**

.....**et médecin traitant si différent.**.....

**NOMBRE D'ORDONNANCES 1 2 3 4+ ou renouvelable**

**PATIENT**

Nom.....Prénom.....

Nom de naissance :.....(Obligatoire )

Date de naissance (Obligatoire) :...../...../.....

Adresse.....

**Téléphone obligatoire:**.....

(N° portable indispensable pour transmission TP INR par SMS)

Numéro de Sécurité sociale.....

Nom et prénom de l'assuré.....

Régime obligatoire CPAM MSA Département

Autres:.....

Nom de la mutuelle..... N°AMC/Télétrans.....

**TRANSMISSION DES RESULTATS**

**Au prescripteur**  par courrier  par téléphone  par fax

Copie à d'autres prescripteurs: Dr. ....

**Au patient**  par courrier  au laboratoire  par SMS  Serveur de résultats

(pour TP INR) (pas de courrier)

Avec l'accord du patient, je souhaite recevoir une copie des résultats (IDE)

Signature du patient obligatoire

**PRELEVEMENT**

**A jeun** Oui  Non

**Prélèvement difficile** Oui  Non

**RENSEIGNEMENTS CLINIQUES**

**TPINR:**  PREVISCAN  COUMADINE  SINTROM

-Posologie.....Depuis.....

-Indication : AVC Trouble Rythme Phlébite Thromb. Artérielle Valve méca / bio

-Cible thérapeutique INR:

**NACO :** ELIQUIS® PRADAXA® XARELTO®

**LITHIUM DIGOXINE DEPAKINE TEGRETOL® AUTRE (antirejet).....**

-Posologie.....Depuis.....

-Date et Heure dernière prise.....

-Poids.....Taille.....

Date des dernières règles.....

**GROSSESSE**  Oui  Non mois de grossesse : .....

**DIABETE**  Oui  Non

**GROUPE / RAI :** -Transfusion < 4 mois  Oui  Non date :

- Injection Rophylac  Oui  Non date :

**CONTEXTE CLINIQUE**

- Bilan préventif  Bilan pré-opératoire
- Bilan suivi thérapeutique chronique (HTA, diabète, thyroïde ...)
- Bilan chimiothérapie
- Bilan syndrome infectieux (appendicite, autre : .....
- Bilan syndrome inflammatoire

Autre : .....

.....

.....

.....

**URGENT**

Il est préférable d'effectuer les prélèvements à jeun, pour les paramètres soulignés c'est obligatoire

..prélèvement **à réaliser** obligatoirement au Laboratoire

..prélèvement **à acheminer** rapidement au Laboratoire

**IL EST INDISPENSABLE D'IDENTIFIER TOUS LES TUBES PRELEVES  
et de mentionner le nom de naissance et la date de naissance**

**SI VOUS NE CONNAISSEZ PAS LES EXIGENCES PREANALYTIQUES D'UNE ANALYSE CONTACTEZ VOTRE LABORATOIRE  
OU RENDEZ-VOUS SUR [www.biodoc.fr](http://www.biodoc.fr) OU SUR L'APPLICATION Ubilab**

Tube citraté 	Tube sec 	Tube héparine 	Tube EDTA 	Tube fluoré 
<p><u>Il est obligatoire de remplir le tube jusqu'au trait</u></p> <p><b>COAGULATION</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- TP-INR</li> <li>- TCK-TCA</li> <li>- Fibrine</li> <li>- Facteurs de coagulation</li> <li>- Facteurs Willebrand</li> <li>- Héparinémie</li> <li>- Anti Xa</li> <li>- Antithrombine</li> <li>- Protéine C et S</li> <li>- RPCa (Résistance à la Protéine C activée)</li> <li>- Willebrand</li> <li>- DDimères</li> </ul>	<p><b>PROTIDES</b> Electrophorèse, Immunoélectrophorèse (...), CDT, Fructosamine Complément total (CH50), fractions C3 et C4, cryoglobulines, Calcium ionisé</p> <p><b>SEROLOGIES</b> Bactérienne (BW, Syphilis, Chlamydia, Mycoplasme, ASLO, ASDOR Wright, Lyme...), Virale (VIH, PBD, MNI, EBV, Hépatites, CMV, Rubéole, Covid19, ...), Parasitaire (Toxoplasme...) (...)</p> <p><b>HORMONOLOGIE</b> Testostérone biodisponible, Calcitonine, HCG chez l'Homme, thyroglobuline</p> <p><b>ALLERGOLOGIE</b> IgE, Pha diatop, Trophatop, RAST, CLA 30, Allergènes</p> <p><b>AUTO-IMMUNITE</b> Auto-AC (AAN, ANCA, Antinucléaires, Anti-ADN...), Waaler-rose, ACL, β2GP1. AC anti TPO, Ac anti Tg, Ac anti récepteur TSH AC anti CCP, AC anti transglutaminase, Ac anti-cardiolipine</p> <p><b>MEDICAMENTS</b> Lithium...</p> <p><b>MARQUEURS TUMORAUX</b> NSE, Cyfra 21...</p> <p><b>TRISOMIE 21 (+consentement)</b> (1<sup>er</sup> trimestre prélèvement obligatoire au labo)</p>	<p><b>BIOCHIMIE</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ionogramme</li> <li>- Protides, préalbumine</li> <li>- Urée, créatinine, acide urique, bilirubine</li> <li>- CRP, PCT</li> <li>- Ca, phosphore, fer, Magnésium</li> <li>- Glycémie</li> <li>- Enzymes : TGO, TGP, PAL, γGT, Amylase, Lipase</li> <li>- CPK, LDH</li> <li>- Bilan lipidique</li> </ul> <p><b>MARQUEURS CARDIAQUES</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- BNP, Pro-BNP, NT.proBNP</li> <li>- Troponine, myoglobine</li> </ul> <p><b>PROTIDES</b> IgA, IgG, IgM, Albumine, Transferrine, Haptoglobine, Orosomucoïde, Ferritine, Apo, Facteur Rhumatoïde. β2 microglobuline</p> <p><b>MARQUEURS TUMORAUX</b> ACE, PSA, CA125, CA15.3, CA 19.9, AFP...</p> <p><b>HORMONOLOGIE</b> HCG, FSH, LH, Oestradiol, TSH, T3L, T4L, Prolactine, Cortisol, Testostérone, DHEA, Progestérone</p> <p><b>MEDICAMENTS</b> Acide valproïque, Dépakine®, Digoxine®</p> <p><b>VITAMINES : A, C, E, D, B12, Folate (B9)</b> <b>CARYOTYPE</b> (2 tubes + consentement)</p>	<p><b>HEMATOLOGIE</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-NF, Plaquettes, Vs</li> <li>- Réticulocytes</li> <li>- HbA1c</li> <li>- Groupe sanguin, RAI</li> <li>- (renseignements obligatoires)</li> <li>- Electrophorèse de l'Hb</li> </ul> <p><b>PALUDISME</b></p> <p><b>VIROLOGIE</b> (2tubes) Charge virale Hépatite B, C et VIH</p> <p><b>HORMONOLOGIE</b> - PTH</p> <p><b>MEDICAMENTS</b> - Tacrolimus / Prograf - Ciclosporine - Sirolimus</p> <p><b>VITAMINES : B1, B2, B6</b></p> <p><b>CTX</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- HLA B27, Classe I et II (consentement)</li> <li>- Mutations génétiques, Rh D foetal (2 tubes + consentement)</li> <li>- Phénotypage lymphocytaire</li> </ul>	<p>- Glycémie</p> <p>- Alcoolémie</p> <p><b>Tube spécial</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ACTH</li> <li>- Métaux, Aluminium</li> </ul>
Tube citraté 	Tube sec 	Tube héparine 	Tube EDTA 	Tube fluoré 

Ordre de prélèvement des tubes 