



Hôpitaux  
Universitaires  
Genève



**DIAGNOSTIQUE / Service de Médecine de Laboratoire**  
Centre d'accueil des prélèvements (CAP)  
Bâtiment des Laboratoires (BATLab), local 8D-0-850.1  
4 rue Gabrielle-Perret-Gentil, 1211 Genève 14

**Laboratoire de Chimie clinique des Urgences**

**CHIMURG - ImmDyn**

<https://www.hug.ch/feuilles-de-demande>

Responsable du laboratoire : Dr sc. O. Golaz  
Labo direct ou résultats : Tél. /Fax : (022 37) 27 342 / 21 837  
Centre d'accueil des prélèvements (CAP) : Tél (022 37) 21 800

M.  Mme  (SVP: en caractères d'imprimerie)

Nom:.....

Nom de jeune fille :.....

Prénom :.....

Date de naissance : ..... / ..... / .....

Représentant légal si patient mineur :  père  mère

Nom/prénom : .....

Rue/N°:.....

Localité, No postal :.....

Unité d'hospitalisation : ..... Médecin :.....

N° EdS : .....

Adresse pour facturation:  Patient  Demandeur  Assurance

Nature du cas :  Maladie  AI  Accident  Maternité

N° AVS (AI obligatoire) : .....

Assurance : ..... N° Assuré : .....

**Prescripteur** (Nom/Prénom - Rue/N°- Localité, No postal - Tel/Fax) :

**Médecins en copie** (Nom/Prénom - Rue/N°- Localité, No postal - Tel/Fax *Le laboratoire demandeur/prescripteur a obtenu l'accord du prescripteur/patient pour transmettre des copies à d'autres médecins que le médecin prescripteur :*

**Identification laboratoire :**

Tests Dynamiques  
Uniquement

Prélèvement du : ..... Heure : .....

Renseignements obligatoires ( diagnostic et/ou traitement etc.) :

Opposition du patient à l'enregistrement des résultats de cette demande dans le dossier patient informatique (DPI) des HUG

**SANG VEINEUX - TESTS DYNAMIQUES UNIQUEMENT**

Merci de compléter de manière visible et exhaustive le verso de ce document

NATURE DE L'ECHANTILLON :  SANG

NOM DU TEST DYNAMIQUE:.....

Durée du test:..... Nombre de prélèvements:.....

**Transport à température ambiante**

- G4  TSH (dyn)
- G4  Cortisol (dyn)
- G4  FSH-LH Follitrophine-Lutrophine (dyn)
- G4  FSH-LH-PRL Follitrophine-Lutrophine-Prolactine (dyn)
- G4  Lutrophine LH (dyn)
- G4  Prolactine PRL (dyn)
- F1  Hyperglycémie provoquée (v)(c)(a)

Max 8 microtubes fluorure de sodium 250 UL

**Transport dans glace**

- G4  C-Peptide (dyn)
- G4  Insuline (dyn)
- G4  Somatotrophine STH (dyn)

G4 = sang natif+gel →Hémogard jaune 3.5 ml

F1 = sang fluoré →Microtube / Capiject gris 0,5 ml

Pédiatrie→se référer au RPA

**TESTS DYNAMIQUES  
UNIQUEMENT**

**INDIQUER EXACTEMENT LE NUMERO (N° du tube) ET LE TEMPS DE PRELEVEMENT  
(heures et / ou minutes) POUR CHAQUE ECHANTILLON.**

**Chaque case représente 1 prélèvement ou 1 tube !!!**

N° du tube : .....	N° du tube : .....	N° du tube : .....	N° du tube : .....	N° du tube : .....	N° du tube : .....
Temps : .....	Temps : .....	Temps : .....	Temps : .....	Temps : .....	Temps : .....
Heure : .....	Heure : .....	Heure : .....	Heure : .....	Heure : .....	Heure : .....
N° du tube : .....	N° du tube : .....	N° du tube : .....	N° du tube : .....	N° du tube : .....	N° du tube : .....
Temps : .....	Temps : .....	Temps : .....	Temps : .....	Temps : .....	Temps : .....
Heure : .....	Heure : .....	Heure : .....	Heure : .....	Heure : .....	Heure : .....
N° du tube : .....	N° du tube : .....	N° du tube : .....	N° du tube : .....	N° du tube : .....	N° du tube : .....
Temps : .....	Temps : .....	Temps : .....	Temps : .....	Temps : .....	Temps : .....
Heure : .....	Heure : .....	Heure : .....	Heure : .....	Heure : .....	Heure : .....
N° du tube : .....	N° du tube : .....	N° du tube : .....	N° du tube : .....	N° du tube : .....	N° du tube : .....
Temps : .....	Temps : .....	Temps : .....	Temps : .....	Temps : .....	Temps : .....
Heure : .....	Heure : .....	Heure : .....	Heure : .....	Heure : .....	Heure : .....

**Remarques :**

.....  
 .....  
 .....