



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
E-mail : labo.chimie-clinique@hcuge.ch
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

Transport dans glace

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

- E3 ACTH (dyn)
- G4 C-Peptide (dyn)
- G4 Insuline (dyn)
- G4 Somatotrophine STH (dyn)

G4 = sang natif+gel →Hémogard jaune 3.5 ml

E3 = sang EDTA→ Hémogard mauve 3ml

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

Max 8 microtubes fluorure de sodium 250 UL

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 :

.....

