



**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 d'hémostase

**HEMOS**

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

Responsable de laboratoire : Prof. P. Fontana  
Labo direct ou résultats : Tél. /Fax : (022 37) 29 753 / 29 777  
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 :*

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

## Diagnostic et renseignements concernant l'anticoagulation :

### Date et heure de prélèvement :

Patient anticoagulé :  oui (indiquer l'anticoagulant ci-dessous)

non

Coumarine

Danaparoïde

Fondaparinux

Héparine HNF

Héparine HBPM

Apixaban

Argatroban

Dabigatran

Rivaroxaban

Edoxaban

## SANG VEINEUX

### TESTS GLOBAUX

c1.8  Quick/INR

c1.8  PTT

c1.8  Fibrinogène

c1.8  Quick + PTT + Fibrinogène

### ANTICOAGULANTS

c1.8  Activité anti-Xa HBPM  
(Clexane, Fraxiparine, etc.)

c1.8  Activité anti-Xa HNF + PTT  
(Liquemine, Calciparine)

### ANTICOAGULANTS-demandes spéciales

c1.8  Activité anti-IIa argatroban  
(Argatra)

c1.8  Activité anti-IIa dabigatran  
(Pradaxa)

c1.8  Activité anti-Xa fondaparinux  
(Arixtra)

c1.8  Activité anti-Xa rivaroxaban  
(Xarelto)

c1.8  Activité anti-Xa apixaban  
(Eliquis)

c1.8  Activité anti-Xa edoxaban  
(Lixiana)

NA= analyse hors domaine accrédité

### DIVERS

c2.7 + s4  Anticorps anti-PF4-héparine

c2.7   $\alpha$ 2-Antiplasmine

c2.7  VASP<sup>NA</sup>

c2.7 + E3 + H4  Cryofibrinogène<sup>NA</sup>

### FACTEURS

c1.8  Facteur V

c1.8  Facteurs VII-X

c2.7  Facteur VIII

c2.7  Facteur IX

c2.7  Facteur XI

c2.7  Facteur XII

c2.7  Facteur XIII

c2.7  Facteur von Willebrand (vWF)

### FACTEURS-demandes spéciales

c2.7  Cinétique/Demi-vie du Facteur VIII

c2.7  Cinétique/Demi-vie du Facteur IX

c2.7  Collagen Binding assay (CBA-vWF)

c2.7  Facteur II

c2.7  Facteur VII-isolé

c2.7  Facteur X-isolé

c2.7  Facteur VIII chromogène

c2.7  Inhibiteur du Facteur VIII

c2.7  Inhibiteur du Facteur IX

### FIBRINOLYSE

c2.7  D-dimères

c2.7  PAI-1 antigène

c2.7  Plasminogène

### PLAQUETTES

TSx 2  PFA (Platelet Function Assay)<sup>NA</sup>

TSx 8  Agrégation/sécrétion plaquettaire<sup>NA</sup>

### INHIBITEURS DE LA COAGULATION

c2.7  Antithrombine

c2.7  Protéine C

c2.7  Protéine S

c2.7  Résistance à la PCa

### ANTICORPS

#### ANTI-PHOSPHOLIPIDES

c2.7  Anticoagulant lupique

c2.7  Anticorps anti- $\beta$ 2 glycoprotéine 1

c2.7  Anticorps anti-cardiolipine

#### MUTATIONS <sup>LAGH</sup>

c2.7  Mutation du facteur II

c2.7  Mutation Leiden du facteur V

## SANG CAPILLAIRE

INR Coagucheck

### CONSENTEMENT ECLAIRE

J'atteste que la personne concernée (patient, représentant légal) a bien reçu un conseil génétique conformément à la loi sur l'analyse génétique humaine (<sup>LAGH</sup>) concernant les différents aspects des analyses génétiques décrits dans le formulaire « Information au patient » et qu'elle a donné son consentement et qu'elle a disposé de suffisamment de temps pour poser des questions et prendre sa décision.

Date et signature du prescripteur obligatoire\* :

Adulte : c1.8 = sang CITRATE → Hémogard bleu 1.8 ml

H4 =sang HEPARINAT de Li→ Hémogard vert 4 ml

Pédiatrie → se référer au RPA

TS =Tubes spéciaux fournis par le laboratoire

c2.7 = sang CITRATE → Hémogard bleu 2.7 ml

E3 =sang EDTA → Hémogard mauve 3 ml

S4 = sérum → Hémogard rouge 4 ml

Plasma congelé → voir volumes minimum en page 2/2

Pédiatrie → se référer au RPA

## CONSIGNES ET REMARQUES IMPORTANTES



**Les dosages PC, PS, rAPC, LA sont difficilement interprétables chez les patients sous traitement anticoagulant.**



**Éliminer les 2 premiers ml de sang lors du prélèvement, pour toutes les analyses sauf l'INR.**

### Si du plasma congelé est fourni :

#### **Antithrombine, protéine C et rAPC (résistance à la protéine C activée)**

Ces trois analyses peuvent être réalisées sur la même aliquote  
(volume minimum : 1.5 ml)

#### **Protéine S**

Une aliquote dédiée à cette analyse est nécessaire  
(volume minimum : 0.5 ml)

#### **Lupus anticoagulant**

Une aliquote dédiée à cette analyse est nécessaire  
(volume minimum : 1 ml)

#### **Anticorps anticardioline**

L'analyse « anticorps anti- $\beta$ 2GPI » peut être réalisée sur la même aliquote  
(volume minimum : 1 ml)

#### **Anticorps anti- $\beta$ 2GPI**

L'analyse « anticorps anticardioline » peut être réalisée sur la même aliquote  
(volume minimum : 1 ml)

#### **Facteur von Willebrand**

Une aliquote dédiée à cette analyse est nécessaire  
(volume minimum 0.7 ml)

#### **Facteurs de la voie intrinsèque (FXII, FXI, FIX, FVIII)**

Une aliquote dédiée à cette analyse est nécessaire  
(volume minimum : 1 ml)

#### **Facteurs de la voie extrinsèque (FII, FV, FVII, FX)**

Une aliquote dédiée à cette analyse est nécessaire  
(volume minimum : 1 ml)