



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 d'hémostase**

**HEMOS**

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

Responsable technique : Biologiste O. Bulla (079 55 33 579)  
Responsable de laboratoire : Prof. P. Fontana (079 55 32 790)  
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  α2-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-β2 glycoprotéine1

c2.7  Anticorps anti-cardiolipine

**MUTATIONS LAGH**

c2.7  Mutation du facteur II

c2.7  Mutation Leiden du facteur V

**SANG CAPILLAIRE**

INR Coaguchek

**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 (LAGH) 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)