



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

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

Responsable de laboratoire : Prof. P. Fontana

Labo hémostase spéciale : Tél. /Fax : (022 37) 29 753 / 29 777

Labo hémostase routine : Tél : (022 37) 29 750

E-mail : laboratoire.hemostase@hug.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) :

Votre référence :

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^{NA}
(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)

DIVERS

c2.7 + S4 ☐ Anticorps anti-PF4-héparine

c2.7 + E3 + H4 ☐ Cryofibrinogène^{NA}

c2.7 ☐ Fibrinogène antigène

c2.7 ☐ VASP^{NA}

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 ☐ 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 ☐ α2-Antiplasmine

c2.7 ☐ D-dimères

c2.7 ☐ PAI-1 antigène

c2.7 ☐ Plasminogène

PLAQUETTES

CS x8 ☐ PFA (Platelet Function Assay)^{NA}

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

^{NA}= analyse hors domaine accrédité

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 (**par écrit pour les analyses prénatales, présymptomatiques ou visant à établir un planning familial**) 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 = Hémogard bleu 1.8 ml (CITRATE 3.2%)

H4 = Hémogard vert 4 ml (HEPARINAT de Li)

Plasma congelé → voir volume minimum en page 2/2

C2.7 = Hémogard bleu 2.7 ml (CITRATE 3.2%)

S4 = Hémogard rouge 4 ml (sérum)

Pédiatrie → se référer au RPA

E3 = Hémogard mauve 3 ml (EDTA)

CS = Hémogard bleu **spécifique** 2.7 ml (CITRATE 3.8%)

^{NA} **Prescripteurs externes** : envoyer le prélèvement décanté/congelé. Si pas possible, utiliser un tube citrate/CTAD à acheminer **dans les 4h après prise de sang**

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 double centrifugation est nécessaire avant la congélation du plasma (thrombocytes < 10G/l)
Une aliquote dédiée à cette analyse est nécessaire
(volume minimum : 1 ml)

Anticorps anticardiolipine

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

Anticorps anti- β 2GPI

L'analyse « anticorps anticardiolipines » 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)