



## 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](mailto: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

- |                                    |                                      |                                       |                                       |  |
|------------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Coumarine | <input type="checkbox"/> Danaparoïde | <input type="checkbox"/> Fondaparinux | <input type="checkbox"/> Héparine HNF | <input type="checkbox"/> Héparine HBPM |
| <input type="checkbox"/> Apixaban  | <input type="checkbox"/> Argatroban  | <input type="checkbox"/> Dabigatran   | <input type="checkbox"/> Rivaroxaban  | <input type="checkbox"/> Edoxaban      |

## SANG VEINEUX

### TESTS GLOBAUX

- C1.8  Quick/INR  
C1.8  PTT  
C1.8  Fibrinogène  
C1.8  Quick + PTT + Fibrinogène

### DIVERS

- C2.7 + S4  Anticorps anti-PF4-héparine  
C2.7 + E3 + H4  Cryofibrinogène NA  
C2.7  Fibrinogène antigène  
C2.7  VASP NA

### FIBRINOLYSE

- C2.7  α2-Antiplasmine  
C2.7  D-dimères  
C2.7  PAI-1 antigène  
C2.7  Plasminogène

### ANTICOAGULANTS

- C1.8  Activité anti-Xa HBPM  
(Clexane, Fraxiparine, etc.)  
C1.8  Activité anti-Xa HNF + PTT<sup>Δ</sup>  
(Liquemine, Calciparine)

### 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)

### PLAQUETTES

- CS x8  PFA (Platelet Function Assay) NA

### 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)

### 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

### ANTICORPS

#### ANTI-PHOSPHOLIPIDES

- C2.7  Anticoagulant lupique  
C2.7  Anticorps anti-β2 glycoprotéine 1  
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)

C2.7 = Hémogard bleu 2.7 ml (CITRATE 3.2%)  
S4 = Hémogard rouge 4 ml (sérum)

E3 = Hémogard mauve 3 ml (EDTA)  
CS = Hémogard bleu spécifique 2.7 ml (CITRATE 3.8%)

Plasma congelé → voir volume minimum en page 2/2

Pédiatrie → se référer au RPA

△ 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.**



**Eliminer 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<sub>2</sub>GPI » peut être réalisée sur la même aliquote  
(volume minimum : 1 ml)

### **Anticorps anti-β<sub>2</sub>GPI**

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)