

**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 des Liquides Biologiques**

**LIQBIO-Ext**

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

Responsable du laboratoire : Dr sc. Ch. Deffert (022 37) 27 333  
Responsable Technique : Dr sc. N. Lambeng (079 55) 34 011  
Labo direct ou résultats : Tél./Fax : (022 37) 27 331 / 27 339  
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) :

Identification laboratoire :

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 :*

Prélèvement du :

Heure :

Renseignements obligatoire ( diagnostic et/ou traitement etc.) :

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

**CALCUL**

Tube  Lithiase : analyse de calcul

**Obligatoire** : origine du calcul :

**LAVAGE BRONCHO-ALVEOLAIRE**

Un seul tube est nécessaire pour les trois analyses.

FALC50  Numération et répartition cellulaire

FALC50  Recherche hémosidérine

FALC50  Recherche pneumocystis

**LCR**

POLYPR10+B4(pour IgG)

Distribution oligoclonale

Rajouter 2 tubes de sang veineux : 1G3.5 et 1 N6

1 tube pour la distribution oligoclonale  
1 tube pour le dosage d'Immunoglobulines (IgG) et Albumine pour le laboratoire d'immunologie et d'allergologie.

POLYPR10  Numération et répartition cellulaire

**Urgence nuit** : avertir le laboratoire (27331) et transporteurs (51541)

**LCR DE BASE BILAN**

POLYPR10

Bilan LCR de base

(Numération et répartition cellulaire et protéines et glucose)

**Urgence nuit** : avertir le laboratoire (27331) et transporteurs (51541)

na = non accrédité

**LCR DISTRIBUTION OLIGOCLONALE BILAN**

POLYPR10+B4(pour IgG)

Rajouter un tube G3.5 (sang veineux)

Bilan LCR Distribution oligoclonale

(Numération et répartition cellulaire et protéines et distribution oligoclonale)

**Urgence nuit** : avertir le laboratoire (27331) et transporteurs (51541)

**Uniquement de 22 h à 7 h 30**  
**LCR GRAM**

**Impératif** : avertir le laboratoire (27331) et transporteurs (51541)

POLYPR10  Numération et répartition cellulaire + GRAM<sup>na</sup>

Envoyer un tube POLYPR10(LCR) au laboratoire de Bactériologie.

**LIQUIDE ARTICULAIRE**

Un seul tube est nécessaire pour les trois analyses  
Effectuées sur BV12ml.

E3  Numération et répartition

BV12ml  Recherche de cristaux

BV12ml  Recherche de cristaux d'apatite

BV12ml  Recherche de graisses

**Uniquement de 22 h à 7 h 30**

**Impératif** : avertir le laboratoire (27331) et transporteurs (51541)

E3+BV12ml  Numération et répartition cellulaire + GRAM<sup>na</sup>

Envoyer un tube BV12ml (Liquide articulaire) au laboratoire de Bactériologie.

**LIQUIDE D'ASCITE**

E3  Numération et répartition cellulaire

BV12ml  Recherche de graisses<sup>na</sup>

**LIQUIDE DE DIALYSE**

E3  Numération et répartition cellulaire<sup>na</sup>

BV12ml  Recherche de graisses<sup>na</sup>

**LIQUIDE PERICARDIQUE**

E3  Numération et répartition cellulaire

BV12ml  Recherche de graisses<sup>na</sup>

**LIQUIDE PLEURAL**

E3  Numération et répartition cellulaire

BV12ml  Recherche de graisses<sup>na</sup>

## URINES STIX ET 24 H

### CONSIGNES :

- ✓ Acheminer dans les 4 h
- ✓ Ne pas réfrigérer

### URINE :

BV12ml  Cystine (qualitatif)

BV12ml  STIX (bandelettes urinaires) et Sédiment (examen microscopique) :

1ère ou 2ème urine du matin

➤ Recherche d'hématies glomérulaires ?

oui  non

➤ Recherche de cristaux ?

oui  non

BV12ml  Recherche éosinophiles

BV12ml  Recherche des corps réducteurs (sucres)<sup>na</sup>

### URINE DE 24 h

Flacon brun gradué 3 L à chercher au Centre d'Accueil des Prélèvements (CAP) du BATLab.

Période de collecte : .....heure

Volume urinaire : .....ml

Acidité titrable

Ammonium

## SPERME<sup>na</sup>

### CONSIGNES :

- ✓ Uniquement sur RDV : 022 372 73 67
- ✓ Demande de spermogramme à transmettre via fax : 022 372 73 39
- ✓ Récipient fourni par le laboratoire

### Indication à l'examen :

Homme :

Après traitement antibiotique :  oui  non

Autre traitement médicamenteux ou chirurgical :

Contrôle post-vasectomie

Spermocytogramme simple

Congélation des spermatozoïdes

**Condition obligatoire** : sérologie nég. <6 mois

Pour hépatite B et C ; HIV : syphilis

Test de migration du sperme (TPS/IAC)

**Condition obligatoire** : sérologie nég. <6 mois

Pour hépatite B et C ; HIV : syphilis

BV12ml = Tube 12 ml à bouchon bleu ou rouge vissé stérile GREINER

POLYPR10 = Tube LCR de 10 ml à bouchon jaune

N6 = sang natif Hémogard rouge 6 ml

na = non accrédité

E3 = sang EDTA → Hémogard mauve 3ml

G3.5 = sang natif + gel → Hémogard jaune 3.5 ml

B4 = liquide natif → Hémogard beige 4ml