

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
E-mail : LiquidesBiologiques.Labo@hcuge.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) :

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)

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

LIQUIDE D'ASCITE

E6 Numération et répartition cellulaire

BV12ml Recherche de graisses ^{na}

LIQUIDE DE DIALYSE

E6 Numération et répartition cellulaire ^{na}

BV12ml Recherche de graisses ^{na}

LIQUIDE PERICARDIQUE

E6 Numération et répartition cellulaire

BV12ml Recherche de graisses ^{na}

LIQUIDE PLEURAL

E6 Numération et répartition cellulaire

BV12ml Recherche de graisses ^{na}

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

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

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

E6 = sang EDTA → Hémogard mauve 6ml

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

B4 = liquide natif → Hémogard beige 4ml