



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 de Routine et Qualité

**RQUAL**

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

Responsable du laboratoire : Dre I. Kern (079 55) 33 303

Labo direct ou résultats : Tél. /Fax : (022 37) 27 360 / 21 842

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 obligatoires ( diagnostic et/ou traitement etc.) :

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

### SANG VEINEUX

G3.5  Aldolase  (HT : 5.- CHF)

G3.5  Alpha-1 Foetoprotéine, (AFP) grossesse

G3.5  Angiotensine, enzyme de conversion

G3.5  Antitrypsine, alpha-1

G3.5  Calcitriol (1,25 dihydroxycholecalciférol)

G3.5  Céruloplasmine

G3.5  Cystatine C

G3.5  Dépistage de la Trisomie 21 <sup>na</sup> (1<sup>er</sup> trim)

(Remplir le formulaire Calcul du risque T21)

G3.5  Dépistage de la Trisomie 21 <sup>na</sup> (2<sup>ème</sup> trim)

(Remplir le formulaire Calcul du risque T21)

G3.5  Fructosamine

E3  Gluc-6-phosphate déshydrogénase (G-6-PDH) <sup>na</sup>

G3.5  Haptoglobine

V3  Hémoglobine libre

G3.5  IGF-1, Insulin like growth factor-1

G3.5  IGF-BP3, Insulin like growth factor binding protein-3

H2  Iohexol, clairance <sup>na</sup>

G3.5  Lipoprotéine (a)

G3.5  Phosphatase alcaline osseuse (Ostase)

G3.5  Protéines par électrophorèse

G3.5  Transferrine carboxy-déficiente (CDT)

G3.5  Thyroglobuline (TG)

### SANG DE CORDON

G3.5  Cystatine C

E3  Glucose-6-phosphate-déshydrogénase <sup>na</sup>

### LCR

Sarstedt PP  t-TAU, p-TAU <sup>na</sup>, Aβ42

### LIQUIDE AMNIOTIQUE

B4  Alpha-1 Foetoprotéine (AFP) grossesse

### LIQUIDE ASCITE

B4  Protéines par électrophorèse

### AUTRE LIQUIDE

G3.5  Protéines par électrophorèse

B4  Thyroglobuline (TG) <sup>na</sup>

### SELLES

FM60  Calprotectine

FM60  Chlorure

FM60  Sodium + Potassium

FM60  Stéatocrite, acide <sup>na</sup>

FM60  Sucres <sup>na</sup>

### URINE

B4  Citrate

B4  Oxalate

B4  Porphobilinogène (PBG) et Acide-delta-Aminolevulinique (ALA) <sup>na</sup>  
(Transport abri de la lumière, papier alu)

=  le patient a été informé que les analyses identifiées par le caractère  ne figurent pas sur la liste OFAS en vigueur et qu'elles ne seront donc pas obligatoirement prises en charge par les caisses maladie (HT : prix des analyses hors taxe).

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

E3 = sang EDTA → Hémogard mauve 3ml

B4 = liquide natif → Hémogard beige 4ml

H2 = sang hépariné → Hémogard vert clair 2ml

V3 = sang hépariné+gel → Hémogard vert clair 3ml a/gel

FM60 = Flacon stérile vissé métal 60 ml, PS bouchon métal : flacon stérile en polystyrène sans additif

Tube Sarstedt PP ou tube Sorensen Bioscience PP = s'adresser au laboratoire si besoin

na = non accrédité

Pédiatrie → se référer au RPA