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 Vaccinologie

VACCINO

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

Responsable du laboratoire : Barbara Lemaitre, FAMH
Labo direct ou résultats : Tél. : 022 37 21 863 Fax : 022 37 21 835
E-mail : Vaccinologie.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) ***:***

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 :

Echantillon No :

Confidentialité : Afin de permettre une meilleure interprétation des données, le laboratoire :
- enregistre les résultats de cette demande dans la base centrale des patients (DPI) des HUG.
- fait figurer les résultats d'analyses effectuées antérieurement au Laboratoire de Vaccinologie sur le rapport, en réponse à cette demande.

❑ **Le patient n'autorise pas l'enregistrement des données dans DPI.**
❑ **Le patient n'autorise pas le récapitulatif des données antérieures sur le rapport actuel.**

Diagnostic :

But de la demande :

Anamnèse vaccins (ou Voir copie du carnet de vaccinations ❐) :

Di-Te: Date(s) : ……/……/……/……/……/……

Hib : Date(s) : ……/……/……/……/……

Vaccin varicelle (VZV) : Dates : ……/……

Vaccin rougeole: Dates : ……/……/……

Prevenar : Dates : ……/……/……/……/……

Pneumovax : Dates : ……/……

Le patient a-t-il reçu des **immunoglobulines** ? ❑ non ❑ oui, le ……

Analyses demandées : anticorps anti-, IgG (ECLIA)	❑ **Tétanos** ❑ **Diphtérie** ❑ **Haemophilus influenzae (HIB)** ❑ **Varicelle (VZV)** ❑ **Rougeole**	❑ **Pneumocoques : Base** (testés individuellement). Bloc des sérotypes **4, 6B, 9V, 14, 18C, 19F, 23F** ❑ **Pneumocoques : Supplémentaires** (testés individuellement). Bloc des sérotypes **8, 9N, 10A, 11A, 15B, 17F, 20**	❑ **Je ne souhaite pas d'interprétation médicale des analyses**

Procédure : http://www.hcuge.ch/Ivert/LivreVert-ini.html

1. Prélèvement veineux ou capillaire, **sang natif ou sérum** (HUG : Hémogard bouchon jaune 3.5 ml). Volume minimum (pédiatrie): 0.5 ml de sang (HUG :microtainer jaune) pour la combinaison de tétanos, diphtérie, H. influenzae, varicelle et rougeole ; 1 ml de sang pour ces cinq analyses et les Pneumocoques
2. Conserver à 4°C si nécessaire (nuit, week-end).
3. Faire acheminer au Laboratoire de Vaccinologie **Par poste: courrier A, sauf le vendredi et veille de jours fériés.**

* Laboratoire accrédité depuis le 20.11.2004

Veuillez m'envoyer des feuilles de demande svp ! ❑