



Laboratoire de Vaccinologie

VACCINO

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

Responsable du Laboratoire : B. Lemaitre, FAMH
Responsable médical : Dre C. Eberhardt
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 zona (Shingrix) : Dates :/...../...../...../...../...../...../...../...../.....

Vaccin rougeole: Dates :/...../...../...../...../...../...../...../...../.....

Prevenar : Dates :/...../...../...../...../...../...../...../...../.....

Vaxneuvance : Dates :/...../...../...../...../...../...../...../...../.....

Pneumovax : Dates :/...../...../...../...../...../...../...../...../.....

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

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

Procédure : <http://www.hcuge.ch/vert/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 !