



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 Lemaître, FAMH  
Labo direct ou résultats : Tél. : 022 37 21 863 Fax : 022 37 21 835  
E-mail : [Vaccinologie.Labo@hcuge.ch](mailto: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><b>Analyses demandées :</b> 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"/> <b>Pneumocoques : Base</b> (testés individuellement). Bloc des sérotypes <b>4, 6B, 9V, 14, 18C, 19F, 23F</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>Pneumocoques : Supplémentaires</b> (testés individuellement). Bloc des sérotypes <b>8, 9N, 10A, 11A, 15B, 17F, 20</b></p>	<p><input type="checkbox"/> <b>Je ne souhaite pas d'interprétation médicale des analyses</b></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 !