

Réservé au laboratoire NCC NCC{ATT} NCC{PDH} NCP NCP{ANC} NCI TSUPP **Vers. 30 - Ed. 09/23**

HEMATOLOGIE (Recto)

HE30/HE80

EXAMENS DEMANDES

HEMOSTASE* - 1 Tube Bleu

- TP/T.Quick INR (seul. si tt AVK) TCA / TCK
- Si traitement HNF, prescrire TCA sur bon 'ANALYSES URGENTES'
- FIBRINOGENE D.DIMERES Monomères de fibrine
- Bilan d'un TCA allongé (ajouter 2 tubes bleus)
- FACTEUR II FACTEUR V FACTEUR VII
- FACTEUR X
- FACTEUR VIII FACTEUR IX FACTEUR XI
- FACTEUR XII WILLEBRAND (Ag + Activité + Facteur VIII)

HEPARINEMIE - Activité Anti-Xa*

Les examens à suivre sont à prescrire sur le Bon de demande d'examen "ANALYSES URGENTES" et à remettre dans l'heure qui suit le prélèvement :

- TCA en suivi de traitement HNF
- HEPARINE NON FRACTIONNEE (Calciparine, Héparine Choay)
- H.B.P.M.(Fraxodi,Innohep,Lovenox, Fragmine,Fraxiparine)
- XARELTO, ELIQUIS
- ORGARAN (Effectué à LYON)
- PRAXADA (dépistage et quantification)

BILAN DE THROMBOSE* (Voir Catalogue des analyses)

ATTENTION code (1) : ne pas prélever si patient sous AVK.
ATTENTION code (2) : ne pas prélever si patient sous Héparine
ATTENTION code (3) : ne pas prélever si patient sous AOD.

- 6 Tubes Bleus (pour l'ensemble du bilan)

- Si demande(s) isolée(s) voir le Catalogue des analyses.
- PROTEINE C (1)
- PROTEINE S (1) (2)
- ANTITHROMBINE (si demande isolée : 2 tubes bleus suffisent)
- RESISTANCE A LA PROTEINE C ACTIVEE (1) (2)
- ANTI-PHOSPHOLIPIDES***
- ANTICARDIOLIPINE
- Ac anti B2GP1
- ANTICOAGULANT DE TYPE LUPIQUE (2) (3)

- 1 Tube Vert

- HOMOCYSTEINE

- 2 Tubes Violets

- FACTEUR V DE LEIDEN
- MUTATION DU GENE DU FACTEUR II (prothrombine)

TEST DE RESISTANCE AU PLAVIX*

- 1 Tube Bleu
- VASP - Test de résistance au Plavix ou Ticlid

(*) RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

Renseignements obligatoires pour les analyses en rouge

R.C. HEMOSTASE

OBLIGATOIRE

Trait. anticoagulant : ABSENCE INCONNU

Arrêt récent, préciser la date de dernière prise : / /

Dose : préventive curative

- Antiagrégants plaquettaires :

Aspirine (Aspégic, Kardegic, ...)

Plavix

Efient Brilique Autre antiagrégant plaquettaire, à préciser :

- Anticoagulants injectables :

HBPM : Arixtra Fragmine Fraxiparine

Fraxodi Innohep Lovenox

HNF : Calciparine Choay

Autre : Orgaran

- Anticoagulants oraux :

AVK : Coumadin Minisintrom Préviscan

Sintrom Arixtra Inconnu

D : Eliquis Praxada Xarelto

- Anticoagulants oraux :

Actilyse Anisolv Métalyse

- Autres : à préciser :

R.C. BILAN DE THROMBOSE

OBLIGATOIRE

(+ à renseigner IMPERATIVEMENT R.C. HEMOSTASE)

Contexte clinique :

Antécédents personnels :

Antécédents familiaux :

Traitement oestro-progestatif : OUI NON

Contexte clinique dans le cadre de la recherche d'anticorps

anticoagulant de type lupique ou antiphospholipidiques :

Thrombose(s) Maladie auto-immune

Autre :

R.C. TEST DE RESISTANCE AU PLAVIX

Joindre un courrier indiquant le type de molécule, le nombre de comprimés/jour et l'indication.

Prescripteur :

Préleveur :

DATE / /

HEURE :

ETIQUETTE PATIENT

Nom usuel :
Prénom :
Né(e) le : Sexe:
Nom naissance :
N° IPP :
N° Séjour :

ETIQUETTE SERVICE

Code UF :
Service :

ETIQUETTE

LABORATOIRE

(Réservé laboratoire)

