



BON DE DEMANDE D'EXAMENS
URGENCE PRIORITAIRE

Etiquette patient OU :
Nom de naissance :
Nom usuel :
Prénom :
Date de naissance :
Sexe :

Service :
Médecin prescripteur :

Nom du préleveur :
Date et heure de prélèvement :

Hémo-cytologie	Biochimie - Toxicologie	
☐ NFS  5 ml	☐ Ionogramme Na, K, Cl ☐ Bicarbonates ☐ Protéines ☐ Urée ☐ Créatinine ☐ Calcium ☐ Albumine ☐ ASAT ☐ ALAT  ☐ GGT ☐ PAL ☐ CK ☐ Lipase ☐ Bilirubine ☐ Acide urique ☐ CRP ☐ Haptoglobine ☐ Troponine ☐ NT-Pro-BNP ☐ β-hCG	☐ Glycémie ☐ Alcoolémie  ☐ Lactates ☐ Ammoniémie  (dans la glace) ☐ Paracétamol  ☐ Salicylés ☐ Digoxine ☐ Gaz du sang  ☐ Artériel ☐ Veineux ☐ Méthémoglobine ☐ Carboxyhémoglobine ☐ Dépistage Toxiques urinaires 
Hémostase ☐ TP/INR ☐ TCA ☐ Fibrinogène  ☐ D-dimères ☐ Activité anti-Xa HNF-HBPM Traitement anti-coagulant :		
Immuno-hématologie ☐ Groupe sanguin ☐ RAI ☐ Test de Coombs  7 ml ☐ Test de Kleihauer		
Microbiologie ☐ Paludisme Pays visité :  Date de retour : Chimio prophylaxie :		
AES Patient Source ☐ Sérologie VIH 		

Renseignements cliniques et thérapeutiques :