

LABORATOIRE INTERHOSPITALIER RANCE-EMERAUDE GCS T6 Santé-Bretagne

BON d'EXAMENS des URGENCES

Légendes : Examens réalisés sur les 2 sites

Examens réalisés sur le site de Saint-Malo

Examens réalisés sur le site de Dinan

SU3 Février 2019



JOUR	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 13 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 16 <input type="checkbox"/> 17 <input type="checkbox"/> 18 <input type="checkbox"/> 19 <input type="checkbox"/> 20 <input type="checkbox"/> 21 <input type="checkbox"/> 22 <input type="checkbox"/> 23 <input type="checkbox"/> 24 <input type="checkbox"/> 25 <input type="checkbox"/> 26 <input type="checkbox"/> 27 <input type="checkbox"/> 28 <input type="checkbox"/> 29 <input type="checkbox"/> 30 <input type="checkbox"/> 31
MOIS	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 12
HEURES	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 13 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 16 <input type="checkbox"/> 17 <input type="checkbox"/> 18 <input type="checkbox"/> 19 <input type="checkbox"/> 20 <input type="checkbox"/> 21 <input type="checkbox"/> 22 <input type="checkbox"/> 23
MINUTES	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 20 <input type="checkbox"/> 25 <input type="checkbox"/> 30 <input type="checkbox"/> 35 <input type="checkbox"/> 40 <input type="checkbox"/> 45 <input type="checkbox"/> 50 <input type="checkbox"/> 55

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

Réserv labo O
 N

Prescripteur :	Préleveur :	<div style="border: 2px solid red; border-radius: 50%; width: 40px; height: 40px; display: inline-block; margin: 0 auto;"></div> URGENT (BILAN)
N° de poste	<div style="background-color: #f0f0f0; padding: 5px; display: inline-block;">IMMUNO - HEMATOLOGIE</div>	
<input type="checkbox"/>	URGENT Heure du bloc prévu : Heure de transfusion : 	
<input type="checkbox"/>	GRHP <input type="checkbox"/> Groupe 1ère déter. GRHP <input type="checkbox"/> Groupe 2ème déter. RAI <input type="checkbox"/> Agglutinines irrégulières	

HEMATOLOGIE	TRAITEMENT ANTICOAGULANT	HEMOSTASE
NFS <input type="checkbox"/> Num. + Formule sanguine NUM <input type="checkbox"/> Numération	<p style="color: red; font-weight: bold; font-size: 1.1em;">Renseigner obligatoirement date, heure et dose de prise.</p> <input type="checkbox"/> Absence de traitement <input type="checkbox"/> AVK <input type="checkbox"/> HNF (héparine standard, calciparine) <input type="checkbox"/> HBPM (lovénox, innohep ...) <input type="checkbox"/> Relais héparine-AVK <input type="checkbox"/> Dabigatran - PRADAXA <input type="checkbox"/> Rivaroxaban - XARELTO <input type="checkbox"/> Eliquis - APIXABAN <input type="checkbox"/> Arrêt AVK le : <input type="checkbox"/> Autre :	TP <input type="checkbox"/> TP, INR (suivi de traitement AVK) COAG <input type="checkbox"/> TP INR + TCA (bilan pré-op) TCA <input type="checkbox"/> TCA (suivi de traitement HNF) FIB <input type="checkbox"/> Fibrinogène DDI <input type="checkbox"/> D.Dimères Autres :
	Date : Heure : Dose : Nom du traitement :	FIBRI <input type="checkbox"/> Protocole fibrinolyse (Procédure à respecter) (TP, TCA, Fibrinogène)

BIOCHIMIE	TOXICOLOGIE	BILAN PRETRANSF
IO3 <input type="checkbox"/> Na-K-Cl UR <input type="checkbox"/> Urée CR <input type="checkbox"/> Créatinine PROT <input type="checkbox"/> Protides GLY <input type="checkbox"/> Glycémie CA <input type="checkbox"/> Calcium CRP <input type="checkbox"/> CRP CPK <input type="checkbox"/> CPK TROPO <input type="checkbox"/> Troponine BNP <input type="checkbox"/> Pro BNP LACT <input type="checkbox"/> Lactates (glace) CO2 <input type="checkbox"/> Bicarbonates	ALCO <input type="checkbox"/> Alcoolémie PARAC <input type="checkbox"/> Paracétamol DEPA <input type="checkbox"/> Dépakine DIGO <input type="checkbox"/> Digoxine LI <input type="checkbox"/> Lithium Date et Heure de la dernière pri	FERR <input type="checkbox"/> Ferritine FOLA <input type="checkbox"/> Folates B12 <input type="checkbox"/> Vitamine B12
TGO <input type="checkbox"/> SGOT (ASAT) TGP <input type="checkbox"/> SGPT (ALAT) PAL <input type="checkbox"/> Ph. Alcalines GGT <input type="checkbox"/> Gamma GT BILT <input type="checkbox"/> Bilirubine LIPA <input type="checkbox"/> Lipase ALBS <input type="checkbox"/> Albumine BHCGD <input type="checkbox"/> Béta HCG (Dos.) Date dernières règles : A renseigner systématiquement	Bilan hépatique <input type="checkbox"/> BH	

GAZ DU SANG ARTERIEL (glace)
<input type="checkbox"/> Air ambient <input type="checkbox"/> Sous O2 Température (°C) : GAZA <input type="checkbox"/> GAZ + Co-oxymétrie GILA <input type="checkbox"/> GAZ + Lact + Ions (Uniquement disponible pour Saint Malo)

Réservé au laboratoire	1S <input type="checkbox"/> N.C GP 2S <input type="checkbox"/> N.C GP TUB <input type="checkbox"/> Tube en + Gp	1S <input type="checkbox"/> Non conforme 2S <input type="checkbox"/> Non conf. TUB <input type="checkbox"/> Tube en + O <input type="checkbox"/> NC date/heure/dose /nom TTmnt coag	<input type="checkbox"/> Tube sec <input type="checkbox"/> Tube fluoré <input type="checkbox"/> Tube CTAD <input type="checkbox"/> Tube NFS péd	Conf.bon/tube <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tournée <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
-------------------------------	---	--	--	--

URGENCES

Etiquette Patient

Réservé LABO

LABORATOIRE INTERHOSPITALIER RANCE-EMERAUDE GCS T6 Santé-Bretagne

BON d'EXAMENS des URGENCES

Légendes : Examens réalisés sur les 2 sites

Examens réalisés sur le site de Saint-Malo

Examens réalisés sur le site de Dinan

SU4 Février 2019



PARASITOLOGIE

Recherche de Paludisme

Voyage récent à préciser :

A

NC renseignement
PALU

**Ordonnance obligatoire
pour toutes demandes**

**ETIQUETTE PATIENT
OBLIGATOIRE**

1 rue de la Marne
35403 SAINT-MALO Cedex
02.99.21.21.21

Rue des Prés Bosgers
BP 51
35260 CANCALE
02.99.89.51.51

74 rue Chateaubriand
22101 DINAN Cedex
02 96 85 72 85

**ZONE POUR
HORODATEUR**



Sens d'insertion du bon dans l'horodateur