

Etiquette ORBIS Patient

Nom :
 Prénom :
 Date de naissance :
 Sexe : M F

Etiquette UH Etablissement

Prescripteur :

Préleveur :

Téléphone :
 du lundi au vendredi de 9h00 à 16h00

BES1/2 -06/23

**N° ENREGISTREMENT
 LABORATOIRE**



Hôpitaux Universitaires PITIÉ-SALPÊTRIÈRE - CHARLES FOIX
Département Médico-Universitaire BioGeM
Biochimie Endocrinienne et Oncologique - Pr. J.M. LACORTE

Bâtiment Pharmacie - 3ème étage - Secteur Salpêtrière

Biologiste de validation : 01.42.16.27.81



Merci de cocher correctement les cases
 au stylo à bille noir ou bleu foncé

Date de prélèvement **Jour** : 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16
17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31
Mois : 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12
 Jan Fev Mars Avr Mai Juin Juil Août Sept Oct Nov Dec

Heure: 00 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 **Min**: 00 05 10 15 20 25
30 35 40 45 50 55

NON CONSENTEMENT DU PATIENT (CYBERLAB)

EXPLORATION STATIQUE

REPRODUCTION Bilan Basal	BILAN THYROÏDIEN	BILAN GLUCO-CORTICOÏDE
<input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/> Homme Date des dernières règles :/...../..... <input type="checkbox"/> Date inconnue 1 tube rouge 6ml sans anti-coagulant	1 tube rouge 6ml sans anti-coagulant <input type="checkbox"/> TSHus <input type="checkbox"/> T4 Libre <input type="checkbox"/> T3 Libre <input type="checkbox"/> Thyroglobuline	1 tube rouge 6ml sans anti-coagulant <input type="checkbox"/> Cortisol sang 8h <input type="checkbox"/> Cortisol sang 16h <input type="checkbox"/> Cortisol saliv (autre heure)
<input type="checkbox"/> Estradiol <input type="checkbox"/> Progestérone <input type="checkbox"/> FSH <input type="checkbox"/> LH <input type="checkbox"/> Prolactine (PRL) <input type="checkbox"/> Testostérone totale <input type="checkbox"/> SHBG <input type="checkbox"/> Testostérone libre <input type="checkbox"/> Testostérone biodisponible si demande de : - Testostérone totale et SHBG ou - Testostérone libre et/ou biodisponible + 1 tube bouchon vert clair 4 ml pour dosage albumine	Traitements: <input type="checkbox"/> Lévothyrox (posologie) : <input type="checkbox"/> L-Thyroxine (posologie) : <input type="checkbox"/> Néomercazole (posologie) : <input type="checkbox"/> Biotine (Vitamine B8) <input type="checkbox"/> Autres (préciser) :	<input type="checkbox"/> ACTH 8h <input type="checkbox"/> ACTH 16h <input type="checkbox"/> ACTH (autre heure) Salivette <input type="checkbox"/> Cortisol salivaire 8h <input type="checkbox"/> Cortisol salivaire 16h <input type="checkbox"/> Cortisol salivaire 24h <input type="checkbox"/> Cortisol salivaire (autre heure)
1 tube rouge 6ml sans anti-coagulant	1 tube rouge 4ml sans anti-coagulant <input type="checkbox"/> 25 O... <input type="checkbox"/> P... <input type="checkbox"/> ANP Acheminement rapide	1 tube jaune 4ml échantillon des urines sur 24h <input type="checkbox"/> Cortisol urinaire Champs à saisie obligatoire
<input type="checkbox"/> DHEA Sulfate <input type="checkbox"/> Inhibine B <input type="checkbox"/> AMH (H. Anti-Mullérien)	1 tube rouge 4ml sans anti-coagulant Glace Synthétique <input type="checkbox"/> PTH <input type="checkbox"/> PTH Post Thyroïdectomie	Fin de recueil Diurèse (mL) : Date :/...../..... Heure :h..... AXE MINERALE-CORTICOÏDE
REPR Procréation Méd. Assistée Jour de stimulation J..... <input type="checkbox"/> Estradiol PMA <input type="checkbox"/> Progestérone PMA <input type="checkbox"/> LH PMA	1 tube rouge 6ml sans anti-coagulant <input type="checkbox"/> Ostéocalcine Glace Synthétique	1 tube mauve 6ml EDTA <input type="checkbox"/> Aldostérone sujet debout <input type="checkbox"/> Aldostérone sujet couché <input type="checkbox"/> Aldostérone sujet semi-assis <input type="checkbox"/> Aldostérone
Renseignements cliniques:		1 tube mauve 6ml EDTA Acheminement rapide <input type="checkbox"/> Rénine sujet debout <input type="checkbox"/> Rénine sujet couché <input type="checkbox"/> Rénine sujet semi-assis <input type="checkbox"/> Rénine

NON IMPRIMABLE

Renseignements cliniques:	Cadre réservé au Laboratoire



DIABETE - NUTRITION	AXE SOMATOTROPE
----------------------------	------------------------

<input type="checkbox"/> Champs à saisie obligatoire	Poids : _____ , _____ kg Taille : _____ , _____ m	1 tube rouge 6ml sans anti-coagulant <input type="checkbox"/> GH <input type="checkbox"/> IGF1 (Somatomédine)
--	--	--

1 tube rouge 6ml sans anti-coagulant <input type="checkbox"/> Insuline à jeun <input type="checkbox"/> Insuline Post-Prandiale <input type="checkbox"/> Insuline épreuve de jeûne <input type="checkbox"/> Insuline	1 tube rouge 6ml sans anti-coagulant <input type="checkbox"/> Peptide C à jeun <input type="checkbox"/> Peptide C Post-Prandial <input type="checkbox"/> Peptide C épreuve de jeûne <input type="checkbox"/> Peptide C	1 tube rouge 6ml sans anti-coagulant PAR TEMPS <div style="border: 1px solid red; padding: 2px;"> Les tubes de ce cycle sont à envoyer dans un sachet </div>
--	---	---

1 tube rouge 6ml sans anti-coagulant <input type="checkbox"/> IL6 Acheminement rapide <input type="checkbox"/> Adiponectine HMW	1 tube rouge 6ml sans anti-coagulant <div style="border: 1px solid red; padding: 1px;"> Acheminement rapide Glace Synthétique </div> <input type="checkbox"/> Ghréline à jeun <input type="checkbox"/> Ghréline Post-Prandiale	<input type="checkbox"/> GH T1h <input type="checkbox"/> GH T2h <input type="checkbox"/> GH T3h <input type="checkbox"/> GH T4h <input type="checkbox"/> GH T5h <input type="checkbox"/> GH T6h
--	---	--

1 tube rouge 6ml sans anti-coagulant <input type="checkbox"/> Leptine	1 tube blanc BD P800 (inh DPP) <div style="border: 1px solid red; padding: 1px;"> Acheminement rapide Glace Synthétique </div> <input type="checkbox"/> GLP-1 à jeun <input type="checkbox"/> GLP-1 Post-Prandial	
---	--	--

SAISIE EN LIGNE AU LABORATOIRE

FONCTION
GLUCO-CORTICOIDE
CYCLE NYCTHEMERAL

1 tube rouge 6ml sans anti-coagulant PAR TEMPS Cortisol sang 4h 8h 12h <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 16h 20h 24h <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 tube mauve 3ml EDTA PAR TEMPS <div style="border: 1px solid red; padding: 1px;"> Glace Synthétique </div> ACTH 4h 8h 12h <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 16h 20h 24h <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 salivette PAR TEMPS Cortisol salivaire 4h 8h 12h <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 16h 20h 24h <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
---	---	---

NON CONFORMITES (cadre réservé au laboratoire) NB: la présence de non-conformité(s) entraînera un retard sur le rendu des résultats

Non conf. informatives : <input type="checkbox"/> Renseignement absent / incomplet <input type="checkbox"/> UH absente / illisible <input type="checkbox"/> Prescripteur absent / illisible <input type="checkbox"/> Préleveur absent / illisible <input type="checkbox"/> Absence de prescription <input type="checkbox"/> Date pré. absente / erronée <input type="checkbox"/> Heure pré. absente / erronée	Non conf. discontinuantes : <input type="checkbox"/> Echantillon non identifié <input type="checkbox"/> Echantillon manquant <input type="checkbox"/> Prescription non identifiée <input type="checkbox"/> Discordance d'identité éch / prescrit <input type="checkbox"/> Echantillon coagulé <input type="checkbox"/> Tube mal rempli (hémostase, VS) <input type="checkbox"/> Quantité d'échantillon insuffisante	<input type="checkbox"/> Echantillon arrivé accidenté <input type="checkbox"/> Discordance nature éch / analyse <input type="checkbox"/> Contenant non adapté <input type="checkbox"/> Conditions de transport non respectées <input type="checkbox"/> Tube ou flacon vide <input type="checkbox"/> Délai acheminement dépassé <input type="checkbox"/> Absence de seniorisation
---	---	--

Analyses : _____

Demande annulée
 Analyse exceptionnellement réalisée
 Serv. prévenu
 Serv. non prévenu
 Serv. injoignable