



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

**N° ENREGISTREMENT
 LABORATOIRE**



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 : Jan Fev Mar Avr Mai Juin Juil Aoû Sep Oct Nov Dec

Heure: 0H 1H 2H 3H 4H 5H 6H 7H 8H 9H 10H 11H **Min:** 00 05 10 15 20 25
30 35 40 45 50 55

EXPLORATION DYNAMIQUE 1

Légende et couleurs des bouchons:

- 1 tube rouge sans anti-coagulant
- 1 tube mauve EDTA
- 1 tube gris fluorure de sodium
- salivette
- 2 tubes jaunes 4ml échantillons des urines sur 24h
- P800 1 tube BD P800 (urine DTP-IV)

les tubes d'un même test, le même jour
 sont à envoyer dans un même sachet

Test au synacthène Immédiat	0'	30'	60'	Test de Freinage minute	Après
<input type="checkbox"/> 6ml Cortisol sang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 6ml Cortisol sang	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Cortisol salivaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Cortisol salivaire	<input type="checkbox"/>

Test de Freinage Standard	J0	J1	J2	J3	Test de Freinage Fort	J0	J1	J2	J3
<input type="checkbox"/> 6ml Cortisol sang	<input type="checkbox"/> 6ml Cortisol sang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/> Cortisol salivaire	<input type="checkbox"/> Cortisol salivaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/> 3ml <small>Glace Synthétique</small> ACTH	<input type="checkbox"/> 3ml <small>Glace Synthétique</small> ACTH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/> Cortisol urinaire	<input type="checkbox"/> Cortisol urinaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

Champs à saisie obligatoire
 pour le Cortisol urinaire

Fin de recueil
 Date :/...../.....
 Heure :h.....
 Diurèse (mL) :

Test à la Métopirone court	J0	J1	J2	Test à la CRH	-15'	0'	15'	30'	60'	90'
<input type="checkbox"/> 6ml Cortisol sang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 6ml Cortisol sang	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/> 3ml <small>Glace Synthétique</small> ACTH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 3ml <small>Glace Synthétique</small> ACTH	<input type="checkbox"/>					

Test à la Métopirone standard	J0	J1	J2	Test au Minirin	-30'	0'	15'	30'	45'	60'
<input type="checkbox"/> 6ml Cortisol sang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 6ml Cortisol sang	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/> 3ml <small>Glace Synthétique</small> ACTH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 3ml <small>Glace Synthétique</small> ACTH	<input type="checkbox"/>					

Renseignements cliniques:

Renseignements cliniques:

Cadre réservé



Test au Captopril 0' 60' 120'

- 6ml Aldostérone
- 6ml Rénine **Acheminement rapide**

Test à l' Insuline -15' 0' 15' 30' 45' 60' 90' 120'

- Cortisol salivaire
- 4ml Glycémie
- 6ml < Cortisol sang
- 6ml < GH

Test HGPO: explo. hormonale -15' 0' 15' 30' 60' 90' 120' 150' 180' 210' 240' 270' 300'

- 4ml Glycémie
- 6ml < Insuline
- 6ml < Peptide C
- 6ml < GH
- P800 Glace Synthétique GLP-1 **Acheminement rapide**

Test Post-Prandial - FRESUBIN -15' 0' 15' 30' 60' 90' 120' 150' 180' 210' 240' 270' 300'

- 4ml Glycémie
- 6ml < Insuline
- 6ml < Peptide C
- P800 Glace Synthétique GLP-1 **Acheminement rapide**

Renseignement obligatoire: Volume ingéré de FRESUBIN: 100 mL 400 mL

Test à la rh-TSH (Thyrogen) J3 J4 J5

- 6ml < TSHus
- 6ml < Thyroglobuline

SAISIE MANUELLE AU LABORATOIRE

PTH Per-Opérateur

Glace Synthétique Acheminement rapide

- 4ml Induction
- 4ml Post ablation PO2

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

Non conf. informatives :

- Renseignement absent / incomplet
- UH absente / illisible
- Prescripteur absent / illisible
- Préleveur absent / illisible
- Tube sans prescription
- Date prél. absente / erronée
- Heure prél. absente / erronée

Non conf. discontinuantes :

- Echantillon non identifié
- Echantillon manquant
- Prescription non identifiée
- Discordance d'identité éch / prescript
- Echantillon coagulé
- Tube mal rempli (hémostase, VS)
- Quantité d'échantillon insuffisante

- Echantillon arrivé accidenté
- Discordance nature éch / analyse
- Contenant non adapté
- Conditions de transport non respectées
- Tube ou flacon vide
- Délai acheminement dépassé
- Absence de seniorisation

Analyses :

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