

IDENTIFICATION DU PATIENT
Coller ici l'étiquette avec code barre

PRESCRIPTION
 Nom du prescripteur
**MEDECIN DE GARDE EN
 NEURO-VASCULAIRE**
(code SIL = HMGNV)

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES
 Alerte thrombolyse

Partie réservée au laboratoire

N° Enregistrement SIL <i>Etiquette TD Nexlabs</i>	Etiquetage Nombre de tubes réceptionnés : <input type="checkbox"/> Tube vert <input type="checkbox"/> Tube gris <input type="checkbox"/> Tube bleu <input type="checkbox"/> Tube violet Paraphe :
--	---

Prélèvement
 Nom du préleveur :
 Fonction :
 Médecin Interne SF
 IDE IADE Elève
 Date :
 Heure :

ALERTE THROMBOLYSE

Appeler le laboratoire au 27689 lors de l'envoi du bilan

CHIMIE	HEMATOLOGIE	HEMOSTASE
<p>1 Tube bouchon VERT (hépariné)</p> <p>UREE <input checked="" type="checkbox"/> Urée NAKCL <input checked="" type="checkbox"/> Na+K+Cl CREAT <input checked="" type="checkbox"/> Créatinine SCHWA <input checked="" type="checkbox"/> Créatinine < 18 ans CRP <input checked="" type="checkbox"/> C.R.P</p> <p>TROPO <input checked="" type="checkbox"/> Troponine</p> <p>BHCG <input checked="" type="checkbox"/> HCG (femme < 50 ans) Date des dernières règles : Inconnue</p> <p>Tube bouchon GRIS (fluoré)</p> <p>GLY <input checked="" type="checkbox"/> Glycémie Cocher si à jeun <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu</p>	<p>1 Tube bouchon VIOLET (EDTA)</p> <p>NFS <input checked="" type="checkbox"/> Numération formule PLS <input checked="" type="checkbox"/> Plaquettes</p>	<p>1 Tube bouchon BLEU (citraté)</p> <p>TRAITEMENT ANTICOAGULANT <input type="checkbox"/> OUI, lequel : <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> INCONNU</p> <p>⚠ Tube rempli au niveau</p> <p>TP <input checked="" type="checkbox"/> TP INR <input checked="" type="checkbox"/> INR (si traitement sous AVK ou inconnu) TCA <input checked="" type="checkbox"/> TCA FIBE <input checked="" type="checkbox"/> Fibrinogène</p> <p>⚠ si présence d'AOD Si possible prévenir le labo avant pour préparer le dosage</p> <p>Date/heure de dernière prise : <input type="checkbox"/> inconnu</p> <p>RXN <input type="checkbox"/> Dosage Rivaroxaban (Xarelto) APBN <input type="checkbox"/> Dosage Apixaban (Eliquis) DABIG <input type="checkbox"/> Recherche dabigatran (Pradaxa)</p>

Numéro DECT médecin pour transmettre les résultats : **27044**
 Si besoin préciser un autre n°