Centre Hospitalier Simone Veil Beauvais	LABM CH BEAUVAIS Avenue Léon Blum BP 40319 60021 BEAUVAIS Cedex	**Feuille de prescription bilan AES**	Ref : CHB - C1-ENR004 - V06 Version : 06 Applicable le : 14-02-2020

Patient source

ETIQUETTE PATIENT	Prescripteur	Préleveur	Prélèvement fait
Nom : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ Nom de naissance : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ Prénom : _ Né(e) le : _ _/ _ _ /_ _ Sexe : Source inconnue ☐	Nom : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ (Prénom) : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ Signature:	Nom : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ Qualité : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ Signature:	Le (date) : A (heure) : Service :

UF (pour facturation) et envoi des résultats	☐ 1944B **AES** professionnel du CHB exposé dans le cadre de son travail	☐ 1944A Autres cas pris en charge par l'AU	☐ 1944G **AES Gynéco**	☐ 1944P **AES Pédiatrie**

Bilan sérologique AES (2900 sérothèque incluse) **= 2 tubes secs (bouchon jaune)**
Lien AES : 3 premières lettres du Nom et 2 premières du prénom

Rayer les tests non souhaités

- **VIH** Dépistage (1920 si HIV rapide)
- Hépatite B : Ag HBs (1901) Ac anti-HBc (1906) Ac anti-HBs (1904)
- Hépatite C (HCV)

On rappelle que le consentement du patient est obligatoire avant réalisation des analyses

Patient exposé (obligatoire)

ETIQUETTE PATIENT	Prescripteur	Préleveur	Prélèvement fait
Nom : _ Nom de naissance : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ Prénom : _ Né(e) le : _ _/ _ _ /_ _ Sexe :	Nom : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ (Prénom) : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ Signature :	Nom : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ Qualité : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ Signature:	Le (date) : A (heure) : Service :

UF (pour facturation et envoi des résultats)	☐ 1944B **AES** professionnel du CHB exposé dans le cadre de son travail	☐ 1944A Autres cas pris en charge par l'AU	☐ 1944G **AES Gynéco**	☐ 1944P **AES Pédiatrie**

Contexte du bilan ☐ **Examen initial** ☐ **Suivi**

Bilan sérologique AES (2900 sérothèque incluse) **= 2 tubes secs (bouchon jaune)**
Lien AES : 3 premières lettres du Nom et 2 premières du prénom

Rayer les tests non souhaités

- **VIH** Dépistage (1920 si HIV rapide)
- Hépatite B : Ag HBs (1901) Ac anti-HBc (1906) Ac anti-HBs (1904)
- Hépatite C (HCV)

☐ **ASAT – ALAT** (251)
☐ **Créatinine** (42)
} **= 1 tube hépariné (bouchon vert)**

☐ **βHCG** (734) **= 1 tube sec (bouchon jaune)**

On rappelle que le recueil du consentement du patient est obligatoire avant réalisation des analyses

REMARQUES/ DEMANDES PARTICULIERES :