



ETIQUETTE PATIENT	Prescripteur	Préleveur	Prélèvement fait
Nom : _____	Nom : _____	Nom : _____	Le (date) :
Nom de naissance : _____	(Prénom) : _____	Qualité : _____	A (heure) :
Prénom : _____	Signature (facultative, sinon prescription signée obligatoire dans le dossier)	Signature:	Service :
Né(e) le : __/__/__ Sexe :			UF :

Pour chacune des explorations aucun ajout ne peut être fait (analyse / temps ajoutés) sauf avis médical explicite  
Pour le laboratoire saisir avec les codes analyses le code EFT si le temps est un texte codé (T0, T30 ...) EFH si le  
temps est une heure.

1Tube sec gel (bouchon jaune)

AXE THYREOTROPE		Epreuve à la TRH (TRH)		
<input type="checkbox"/> T-15	<input type="checkbox"/> T0	<input type="checkbox"/> T15	<input type="checkbox"/> T30	<input type="checkbox"/> T60
714 <input type="checkbox"/> TSH 711 <input type="checkbox"/> T3 L 712 <input type="checkbox"/> T4	714 <input type="checkbox"/> TSH	714 <input type="checkbox"/> TSH	714 <input type="checkbox"/> TSH	714 <input type="checkbox"/> TSH
ESPACE RESERVE LABORATOIRE				

AXE LACTOTROPE		Epreuve à la TRH (TRH) Injection de métoprololamide T 60 +15		
<input type="checkbox"/> Test au pimpléran (PRIM)				
<input type="checkbox"/> T-15	<input type="checkbox"/> T0	<input type="checkbox"/> T15	<input type="checkbox"/> T30	<input type="checkbox"/> T60
720 <input type="checkbox"/> Prolactine	720 <input type="checkbox"/> Prolactine	720 <input type="checkbox"/> Prolactine	720 <input type="checkbox"/> Prolactine	720 <input type="checkbox"/> Prolactine
ESPACE RESERVE LABORATOIRE				

AXE GONADOTROPE		Epreuve à la LHRH (LHRH)		
<input type="checkbox"/> T-15	<input type="checkbox"/> T0	<input type="checkbox"/> T15	<input type="checkbox"/> T30	<input type="checkbox"/> T60
718 <input type="checkbox"/> LH <input type="checkbox"/> Testostérone (envoi) 716 <input type="checkbox"/> FSH 722 <input type="checkbox"/> Oestradiol	718 <input type="checkbox"/> LH 716 <input type="checkbox"/> FSH	718 <input type="checkbox"/> LH 716 <input type="checkbox"/> FSH	718 <input type="checkbox"/> LH 716 <input type="checkbox"/> FSH	718 <input type="checkbox"/> LH 716 <input type="checkbox"/> FSH
ESPACE RESERVE LABORATOIRE				

BILAN PHOSPHO CALCIQUE		Test au gluconate de calcium (TGC)		PTH : 1Tube sec gel (bouchon jaune) dans la glace Autres 1 Tube héparine (bouchon vert)	
<input type="checkbox"/> T0		<input type="checkbox"/> T180	<input type="checkbox"/> T360		
<input type="checkbox"/> Calcémie 75 <input type="checkbox"/> Phosphore 80 <input type="checkbox"/> Protéines 58 <input type="checkbox"/> PTH 744	<input type="checkbox"/> Calcémie 75 <input type="checkbox"/> Phosphore 80 <input type="checkbox"/> Protéines 58 <input type="checkbox"/> PTH 744	<input type="checkbox"/> Calcémie 75 <input type="checkbox"/> Phosphore 80 <input type="checkbox"/> Protéines 58 <input type="checkbox"/> PTH 744			
ESPACE RESERVE LABORATOIRE					



ETIQUETTE PATIENT	Prescripteur	Préleveur	Prélèvement fait
Nom : _____ Nom de naissance : _____ Prénom : _____ Né(e) le : __/__/__ Sexe :	Nom : _____ (Prénom) : _____ Signature (facultative, sinon prescription signée obligatoire dans le dossier)	Nom : _____ Qualité : _____ Signature:	Le (date) : _____ A (heure) : _____ Service : _____ UF : _____

Pour chacune des explorations aucun ajout ne peut fait (analyse / temps ajoutés) sauf avis médical explicite  
Pour le laboratoire saisir avec les codes analyses le code  
**EFT** si le temps est un texte codé (T0, T30 ...) **EFH** si le temps est une heure

Pancréas Endocrine		<input type="checkbox"/> Epreuve de jeûne (JEUN)		Insuline en transport immédiat C peptide Insuline pro insuline : 2 Tubes sec gel (bouchon jaune) Glycémie 1 Tube fluorure oxalate (bouchon gris)						
<input type="checkbox"/> T1	<input type="checkbox"/> T2	<input type="checkbox"/> T3	<input type="checkbox"/> T4	<input type="checkbox"/> T5	<input type="checkbox"/> T6	<input type="checkbox"/> T7	<input type="checkbox"/> T8	<input type="checkbox"/> T9	<input type="checkbox"/> T10	
10 <input type="checkbox"/> Glycémie 728 <input type="checkbox"/> Insuline 738 <input type="checkbox"/> C peptide <input type="checkbox"/> Pro insuline	10 <input type="checkbox"/> Glycémie 728 <input type="checkbox"/> Insuline 738 <input type="checkbox"/> C peptide <input type="checkbox"/> Pro insuline	10 <input type="checkbox"/> Glycémie 728 <input type="checkbox"/> Insuline 738 <input type="checkbox"/> C peptide <input type="checkbox"/> Pro insuline	10 <input type="checkbox"/> Glycémie 728 <input type="checkbox"/> Insuline 738 <input type="checkbox"/> C peptide <input type="checkbox"/> Pro insuline	10 <input type="checkbox"/> Glycémie 728 <input type="checkbox"/> Insuline 738 <input type="checkbox"/> C peptide <input type="checkbox"/> Pro insuline	10 <input type="checkbox"/> Glycémie 728 <input type="checkbox"/> Insuline 738 <input type="checkbox"/> C peptide <input type="checkbox"/> Pro insuline	10 <input type="checkbox"/> Glycémie 728 <input type="checkbox"/> Insuline 738 <input type="checkbox"/> C peptide <input type="checkbox"/> Pro insuline	10 <input type="checkbox"/> Glycémie 728 <input type="checkbox"/> Insuline 738 <input type="checkbox"/> C peptide <input type="checkbox"/> Pro insuline	10 <input type="checkbox"/> Glycémie 728 <input type="checkbox"/> Insuline 738 <input type="checkbox"/> C peptide <input type="checkbox"/> Pro insuline	10 <input type="checkbox"/> Glycémie 728 <input type="checkbox"/> Insuline 738 <input type="checkbox"/> C peptide <input type="checkbox"/> Pro insuline	10 <input type="checkbox"/> Glycémie 728 <input type="checkbox"/> Insuline 738 <input type="checkbox"/> C peptide <input type="checkbox"/> Pro insuline
ATTENTION PRO INSULINE = ENVOI ... FAIRE UN BON D'EXPEDITION et Préciser le temps sur tubes et feuilles										
ESPACE RESERVE LABORATOIRE										

HGPO		<input type="checkbox"/> Simplifiée (HGPS) <input type="checkbox"/> Sur 5 heures (HGP5)		Insuline en transport immédiat Insuline : 1 Tube sec gel (bouchon jaune) Glycémie 1 Tube fluorure oxalate (bouchon gris)							
Simplifiée				Sur 5 Heures							
<input type="checkbox"/> A jeun	<input type="checkbox"/> T30	<input type="checkbox"/> T60	<input type="checkbox"/> T120	<input type="checkbox"/> T0	<input type="checkbox"/> T30	<input type="checkbox"/> T60	<input type="checkbox"/> T120	<input type="checkbox"/> T180	<input type="checkbox"/> T240	<input type="checkbox"/> T300	
10 <input type="checkbox"/> Glycémie 728 <input type="checkbox"/> Insuline				10 <input type="checkbox"/> Glycémie 728 <input type="checkbox"/> Insuline		10 <input type="checkbox"/> Glycémie 728 <input type="checkbox"/> Insuline		10 <input type="checkbox"/> Glycémie 728 <input type="checkbox"/> Insuline		10 <input type="checkbox"/> Glycémie 728 <input type="checkbox"/> Insuline	
ESPACE RESERVE LABORATOIRE											

Epreuve de restriction hydrique (ERH)		2 tubes héparine ADH 1 tube EDTA cf guide analyse		ADH Faire un bon d'expédition					
Sang (tube héparine vert)		Urines (monovette jaune)							
Initiale		T1 à T15 .... Préciser : <input type="checkbox"/> T _____							
66 <input type="checkbox"/> Osmolarité 20 <input type="checkbox"/> Na K Cl RA Urée Créat Prot <input type="checkbox"/> ADH		148 <input type="checkbox"/> Osmolarité et		Volume (remplir ci-dessous)					
		VT1 :	VT2 :	VT3 :	VT4 :	VT5 :	VT6 :	VT7 :	VT8 :
		VT9 :	VT10 :	VT11 :	VT12 :	VT13 :	VT14 :	VT15 :	
ESPACE RESERVE LABORATOIRE									

Epreuve au Minirin	
Sang	ADH 1 tube EDTA cf guide analyse
<input type="checkbox"/> ADH	<b>ADH Faire un bon d'expédition</b>

ESPACE RESERVE  
LABORATOIRE



ETIQUETTE PATIENT	Prescripteur	Préleveur	Prélèvement fait
Nom : _____	Nom : _____	Nom : _____	Le (date) :
Nom de naissance : _____	(Prénom) : _____	Qualité : _____	A (heure) :
Prénom : _____	Signature (facultative, sinon prescription signée obligatoire dans le dossier)	Signature:	Service :
Né(e) le : __/__/__ Sexe :			UF :

Pour chacune des explorations aucun ajout ne peut fait (analyse / temps ajoutés) sauf avis médical explicite  
Pour le laboratoire saisir avec les codes analyses le code  
**EFT** si le temps est un texte codé (T0, T30 ...) **EFH** si le temps est une heure

AXE CORTICOTROPE	Cortisol : 1Tube sec gel (bouchon jaune) Cortisol libre urinaire et ACTH = Envoi faire bon d'expédition et voir guide des analyses pour prélèvement					
<input type="checkbox"/> Epreuve au synactène low dose <b>SLD</b>	<input type="checkbox"/> CORTISOL 730	<input type="checkbox"/> T -30	<input type="checkbox"/> T0	<input type="checkbox"/> T30	<input type="checkbox"/> T35	<input type="checkbox"/> T40
<input type="checkbox"/> Epreuve au synactène <b>SYNC</b>	<input type="checkbox"/> CORTISOL 730	<input type="checkbox"/> T0	<input type="checkbox"/> T30	<input type="checkbox"/> T60		
<input type="checkbox"/> Epreuve de freinage standard à la dexamethasone <b>FSD</b>	<input type="checkbox"/> CORTISOL 730	<input type="checkbox"/> T0	<input type="checkbox"/> T24H	<input type="checkbox"/> T48H		
	<input type="checkbox"/> Cortisol libre urinaire		<input type="checkbox"/> T24H	<input type="checkbox"/> T48H		
<input type="checkbox"/> Epreuve de freinage fort à la dexamethasone <b>FFD</b>	<input type="checkbox"/> CORTISOL 730	<input type="checkbox"/> T0	<input type="checkbox"/> T24H	<input type="checkbox"/> T48H		
	<input type="checkbox"/> Cortisol libre urinaire		<input type="checkbox"/> T24H	<input type="checkbox"/> T48H		
<input type="checkbox"/> Epreuve de freinage minute à la dexamethasone <b>FMD</b>	après DXM <input type="checkbox"/> 730CORTISOL 8 h					
<input type="checkbox"/> Test au minirin <b>MINC</b>	<input type="checkbox"/> CORTISOL 730	<input type="checkbox"/> T-10	<input type="checkbox"/> T0	<input type="checkbox"/> T10	<input type="checkbox"/> T15	<input type="checkbox"/> T30
	<input type="checkbox"/> ACTH	<input type="checkbox"/> T60	<input type="checkbox"/> T90	<input type="checkbox"/> T120	<input type="checkbox"/> T180	
ESPACE RESERVE LABORATOIRE						

AXE CORTICOTROPE	Glycémie 1 Tube fluorure oxalate (bouchon gris) Cortisol : 1Tube sec gel (bouchon jaune) ACTH = Envoi faire bon d'expédition et voir guide des analyses pour prélèvement						
<input type="checkbox"/> GLYCEMIE 10 <input type="checkbox"/> CORTISOL 730							
<input type="checkbox"/> Cycle du cortisol <b>CCOR</b> <input type="checkbox"/> Cycle du ACTH <b>CACTH</b>	<input type="checkbox"/> Cortisol 8h <input type="checkbox"/> ACTH 8h	<input type="checkbox"/> Cortisol 12h <input type="checkbox"/> ACTH 12h	<input type="checkbox"/> Cortisol 16h <input type="checkbox"/> ACTH 16h	<input type="checkbox"/> Cortisol 20h <input type="checkbox"/> ACTH 20h	<input type="checkbox"/> Cortisol 24h <input type="checkbox"/> ACTH 20h		
<input type="checkbox"/> Test au CRF <b>CRF</b> <input type="checkbox"/> ACTH <b>ACTH</b>	Cortisol <input type="checkbox"/> T-15	Cortisol <input type="checkbox"/> T0	Cortisol <input type="checkbox"/> T15	Cortisol <input type="checkbox"/> T30	Cortisol <input type="checkbox"/> T45	Cortisol <input type="checkbox"/> T60	
<input type="checkbox"/> Hypoglycémie insulinique	<input type="checkbox"/> T-15	<input type="checkbox"/> T0	<input type="checkbox"/> T15	<input type="checkbox"/> T30	<input type="checkbox"/> T45	<input type="checkbox"/> T60	<input type="checkbox"/> T90
	<input type="checkbox"/> GLYCEMIE 10 <input type="checkbox"/> CORTISOL 730 <input type="checkbox"/> GH <input type="checkbox"/> ACTH Faire un bon d'expédition pour GH et ACTH et pour les tubes voir guide des analyses						
ESPACE RESERVE LABORATOIRE							



ETIQUETTE PATIENT	Prescripteur	Préleveur	Prélèvement fait
Nom : _____	Nom : _____	Nom : _____	Le (date) :
Nom de naissance : _____	(Prénom) : _____	Qualité : _____	A (heure) :
Prénom : _____	Signature ( <i>facultative, sinon prescription signée obligatoire dans le dossier</i> )	Signature:	Service :
Né(e) le : __/__/__ Sexe :			UF :

Pour chacune des explorations aucun ajout ne peut fait (analyse / temps ajoutés) sauf avis médical explicite  
Pour le laboratoire saisir avec les codes analyses le code  
**EFT** si le temps est un texte codé (T0, T30 ...) **EFH** si le temps est une heure

AXE SOMATOTROPE		GH = Envoi faire bon d'expédition et voir guide des analyses pour prélèvement Glycémie 1 Tube fluorure oxalate (bouchon gris) Insuline : 1Tube sec gel (bouchon jaune)							
<input type="checkbox"/> Cycle GH	<input type="checkbox"/> GH	<input type="checkbox"/> T0	<input type="checkbox"/> T30	<input type="checkbox"/> T60	<input type="checkbox"/> T90	<input type="checkbox"/> T120	<input type="checkbox"/> T150	<input type="checkbox"/> T180	
<input type="checkbox"/> Test glucagon propandol	<input type="checkbox"/> GH <input type="checkbox"/> 10 Glycémie	<input type="checkbox"/> T0	<input type="checkbox"/> T30	<input type="checkbox"/> T60	<input type="checkbox"/> T90	<input type="checkbox"/> T120	<input type="checkbox"/> T150	<input type="checkbox"/> T180	
<input type="checkbox"/> HGPO	<input type="checkbox"/> GH <input type="checkbox"/> 10 Glycémie <input type="checkbox"/> 728Insuline	<input type="checkbox"/> T0		<input type="checkbox"/> T30		<input type="checkbox"/> T60		<input type="checkbox"/> T120	
ESPACE RESERVE LABORATOIRE									

AUTRES TESTS		Calcitonine et 17 OH progesterone Envoi faire bon d'expédition et voir guide des analyses pour prélèvement			
<input type="checkbox"/> Test gluconate calcium / calcitonine	<input type="checkbox"/> calcitonine	<input type="checkbox"/> T -5'	<input type="checkbox"/> T + 3'	<input type="checkbox"/> T + 5'	<input type="checkbox"/> T + 10'
<input type="checkbox"/> Test au synacthène (bloc 21 OHase)	<input type="checkbox"/> 17 OH Progesterone	<input type="checkbox"/> T0		<input type="checkbox"/> T30	<input type="checkbox"/> T60
ESPACE RESERVE LABORATOIRE					