


DATE

A	M	J
---	---	---

1. HÉMATOLOGIE	
<input type="checkbox"/> FSC (Formule sanguine complète)	
<input type="checkbox"/> Réticulocyte	
<input type="checkbox"/> Coagulogramme complet	
2. BANQUE DE SANG	
<input type="checkbox"/> Code 50 (Groupe ABO, RH, Recherche d'anticorps irréguliers (RAI) Validité 72 heures	
3. BIOCHIMIE	
<input type="checkbox"/> Électrolytes	<input type="checkbox"/> Analyse d'urine
<input type="checkbox"/> Calcium, Magnésium,	<input type="checkbox"/> Clearance créatinine urinaire, Microalbuminurie (24 hres)
<input type="checkbox"/> CK	<input type="checkbox"/> BHCG (si non ménopausée, ménopause = non menstruée x 12 mois)
<input type="checkbox"/> Acide urique	
<input type="checkbox"/> Urée, Créatinine	<input type="checkbox"/> Protéine totale
<input type="checkbox"/> Glycémie	<input type="checkbox"/> NT-pro BNP
<input type="checkbox"/> Hb glyquée	<input type="checkbox"/> Troponine Ths
<input type="checkbox"/> Gamma GT	<input type="checkbox"/> TSH
<input type="checkbox"/> Cholestérol, HDL-C, Triglycérides, LDL-C calculés	<input type="checkbox"/> Protéine C réactive hs (CRP)
<input type="checkbox"/> Albumine sérique, Transthyréline	<input type="checkbox"/> P.S.A. homme \geq 40 ans (antigène prostatique spécifique)
<input type="checkbox"/> Enzymes hépatiques (AST, ALT, GGT, LDH bilirubine totale, phosphatase alcaline)	
4. SÉROLOGIE / MICROBIOLOGIE	
<input type="checkbox"/> Hépatite B (HBs Ag)	<input type="checkbox"/> HSV (Herpès simplex Type 1 et 2)
<input type="checkbox"/> Anti-HBc	<input type="checkbox"/> HZV (Varicelle, Zoster virus)
<input type="checkbox"/> Anti-HBsAg	<input type="checkbox"/> EBV IgG (Epstein Barr Virus)
<input type="checkbox"/> Hépatite C (VHC)	<input type="checkbox"/> Culture d'urine
<input type="checkbox"/> VDRL	<input type="checkbox"/> Culture gorge
<input type="checkbox"/> CMV IgG (cytomegalovirus)	<input type="checkbox"/> SARM (staphylococcus aureus résistant à la méthicilline)
<input type="checkbox"/> VIH	
<input type="checkbox"/> Toxoplasmose IgG	
<input type="checkbox"/> Sérologie ultérieure (Conservée au laboratoire de microbiologie à vie)	


DATE

A	M	J
---	---	---

5. EXAMENS / TESTS

<input type="checkbox"/> Écho abdominale	<input checked="" type="checkbox"/> Radiographie pulmonaire
<input type="checkbox"/> Écho-DOBU	<input checked="" type="checkbox"/> Test de fonction pulmonaire
<input type="checkbox"/> Échocardiogramme	<input checked="" type="checkbox"/> Tomodensitométrie : Tête - Thorax - Abdomen
<input type="checkbox"/> Cathétérisme droit (résistances pulmonaires)	<input type="checkbox"/> TEP Corporel
<input type="checkbox"/> Coronarographie	<input type="checkbox"/> Colonoscopie > 50 ans
<input type="checkbox"/> Ventriculographie isotopique	<input type="checkbox"/> Mammographie > 40 ans
<input type="checkbox"/> VO ₂ Max	<input type="checkbox"/> Résonance magnétique
<input type="checkbox"/> Doppler carotidien	<input checked="" type="checkbox"/> Mantoux PPD skin test (tuberculine) (Date de lecture à inscrire sur la FADM)
<input type="checkbox"/> Doppler artériel des membres inférieurs	<input type="checkbox"/> Cytologie cervicale

6. CONSULTATIONS

<input checked="" type="checkbox"/> Psychiatrie	<input type="checkbox"/> Médecine interne
<input checked="" type="checkbox"/> Cardiologie (greffe)	<input type="checkbox"/> Microbiologie
<input checked="" type="checkbox"/> Chirurgie	<input type="checkbox"/> Néphrologie
<input checked="" type="checkbox"/> Anesthésie	<input type="checkbox"/> Pneumologie
<input checked="" type="checkbox"/> Service social	<input type="checkbox"/> Gynécologie
<input checked="" type="checkbox"/> Nutrition	<input type="checkbox"/> Kinésiologie
<input checked="" type="checkbox"/> Physiothérapie (à l'inscription sur la liste)	<input type="checkbox"/> Médecine dentaire
<input checked="" type="checkbox"/> Soins palliatifs	<input type="checkbox"/> Soins spirituels
<input type="checkbox"/> Cessation tabagique	

7. LABORATOIRE HISTOCOMPATIBILITÉ

<input type="checkbox"/> Panel lymphocytaire (PRA) - Requête complétée par équipe de transplantation. Suivre la procédure de double signature au moment du prélèvement

Signature du médecin : _____

Date : _____