

## Requête de demandes d'analyses d'hématologie-coagulation lors d'une panne informatique

RENSEIGNEMENTS OBLIGATOIRES	
UNITÉ REQUÉRANTE :	
PRESCRIPTEUR et/ou le nom du PROJET:	
Date et heure du prélèvement :	
____ / ____ / ____ Année/ Mois / Jour	____ Heure
Exécuté par :	
_____ (Nom, prénom et code SoftLab)	
À jeun: <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> URGENT (STAT)	

Identification de l'utilisateur

HÉMATOLOGIE (tube lavande 3 ou 4 mL)	
<input type="checkbox"/> FSC et Différentielle	FSC
<input type="checkbox"/> Réticulocytes	RETIC
<input type="checkbox"/> Sédimentation	SEDI
Indication clinique <b>obligatoire</b> :	
<input type="checkbox"/> Artérite temporale	<input type="checkbox"/> Ostéite
<input type="checkbox"/> Polyalgia rheumatica	<input type="checkbox"/> Endocardite
<input type="checkbox"/> Arthrite inflammatoire	<input type="checkbox"/> Péricardite
<input type="checkbox"/> Autre :	
<input type="checkbox"/> Autres :	

LIQUIDE BIOLOGIQUE (tube lavande 3 ou 4 mL) (CYNBL)	
<input type="checkbox"/> Numération cellulaire; liquide péricardique	CYNPC
<input type="checkbox"/> Numération cellulaire; liquide pleural	CYNPL
<input type="checkbox"/> Numération cellulaire; liquide péritonéal	CYNPE
<input type="checkbox"/> Numération cellulaire; LCR	CYNLC
<input type="checkbox"/> Liquide drain	HBHTL
<input type="checkbox"/> Numération cellulaire; LBA	CYNBA
<input type="checkbox"/> Autres :	
ROTEM (THROMBOÉLASTOMÉTRIE) (tube bleu 2,7 mL)	
<input type="checkbox"/> Témogramme complet	ROTEC
<b>Acheminer l'échantillon en mains propres</b>	

COAGULATION (tube bleu 2,7 mL)	
<input type="checkbox"/> Ac induits par complexe facteur plaquettaire 4-héparine IgG (HPIA)	AFP4
<input type="checkbox"/> Antithrombine III	ATAC
<input type="checkbox"/> Coagulogramme (PT-PTT-TT)	CCOAG
<input type="checkbox"/> Coagulogramme dépistage (PT-PTT)	DCOAG
<input type="checkbox"/> D-Dimère de fibrine	DD
<input type="checkbox"/> Dosage anticoagulant	DOSAN
<input type="checkbox"/> Temps de prothrombine normalisé (PT/INR)	PTRIN
<input type="checkbox"/> Temps de thromboplastine partielle activée (PTT)	PTTNS
<input type="checkbox"/> Autres :	

Indiquez ANTICOAGULOTHÉRAPIE	
<input type="checkbox"/> Nil	<input type="checkbox"/> Edoxan/Lixiana
<input type="checkbox"/> Post-Hémo	<input type="checkbox"/> Entrophen/AAS/Plavix
<input type="checkbox"/> Post-op	<input type="checkbox"/> Fondaparinux/Arixtra
<input type="checkbox"/> Apixaban/Eliquis	<input type="checkbox"/> Héparine I/V
<input type="checkbox"/> Argatroban	<input type="checkbox"/> Héparine SC/ Fragmin
<input type="checkbox"/> Coumadin/Sintrom	<input type="checkbox"/> Héparine cessé
<input type="checkbox"/> Coumadin/Sintrom cessé	<input type="checkbox"/> Pradax/Dabigatran
	<input type="checkbox"/> Rivaroxaban/Xarelto
<input type="checkbox"/> Autres :	

À l'usage du laboratoire	
Reçu le : ____ / ____ / ____ A    M    J                      HEURE	par : _____
Saisie des requêtes : ____ / ____ / ____ A    M    J	par : _____
Requête n° : _____	