

**Identification du patient**

coller l'étiquette administrative ou la vignette mutuelle

Nom Prénom : .....

Date de naissance : ..... / ..... / .....

sexe :  masculin  
 féminin

Adresse :

vignette mutuelle

Mutuelle :

OU

Matricule :

étiquette administrative CHM

Analyses complémentaires  
à la prescription du :  
..... / ..... / .....

**Renseignements cliniques**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Identification du prescripteur**

Cachet + signature obligatoire

Nom Prénom :

INAMI :

Date de prescription : ..... / ..... / .....

Signature :

Copies :  Médecin traitant  Patient

Dr .....

**Identification du préleveur**

Date Heure Initiales

...../...../..... .....h..... .....

**FORMULAIRE DE PRESCRIPTION – BON D'URGENCE**

**SU PANEL URGENCES**

COFO	HEMATOLOGIE	IONOU	IONOGRAMME	ENZ	BILAN HEPATIQUE	STA	HEMOSTASE
GB	<input type="checkbox"/> Glob blancs [M]	NA	<input type="checkbox"/> Sodium [V]	GOT	<input type="checkbox"/> GOT – ASAT [V]	TCA	<input type="checkbox"/> Tps céphaline activée [B]
GR	<input type="checkbox"/> Glob rouges + Hct [M]	K	<input type="checkbox"/> Potassium [V]	GPT	<input type="checkbox"/> GPT – ALAT [V]	PTT	<input type="checkbox"/> Tps de Quick – INR [B]
HB	<input type="checkbox"/> Hémoglobine [M]	CL	<input type="checkbox"/> Chlorures [V]	GGT	<input type="checkbox"/> GGT [V]	GLU	<input type="checkbox"/> Glucose [G]
PL	<input type="checkbox"/> Plaquettes [M]	CO2	<input type="checkbox"/> Bicarbonates [V]	LDH	<input type="checkbox"/> LDH [V]	PRO	<input type="checkbox"/> Protéines totales [V]
GBF	<input type="checkbox"/> Form leucocytaire [M]	CREA	<input type="checkbox"/> Créatinine [V]	PAL	<input type="checkbox"/> PAL [V]	BILT	<input type="checkbox"/> Bilirubine totale [V]
CRP	<input type="checkbox"/> C-réactive protéine [V]			CK	<input type="checkbox"/> Créatine Kinase [V]	BILD	<input type="checkbox"/> Bilirubine directe [V]

TROPI	<input type="checkbox"/> hs Troponine i [V]
CKMB	<input type="checkbox"/> CK-MB [V]
PROBNP	<input type="checkbox"/> NT-pro-BNP [€] [R]
DD	<input type="checkbox"/> D-Dimères [C] [€ selon clinique]

OSMO	<input type="checkbox"/> Osmolalité [R]
CA	<input type="checkbox"/> Calcium [V]
P	<input type="checkbox"/> Phosphore [V]
MG	<input type="checkbox"/> Magnésium [V]
URIC	<input type="checkbox"/> Acide urique [V]

LIP	<input type="checkbox"/> Lipase [V]
NH3	<input type="checkbox"/> Ammonium [M]
LACT	<input type="checkbox"/> Lactate [G]

ETOH	<input type="checkbox"/> Ethanol [V]
PARACET	<input type="checkbox"/> Paracétamol [V]

BHCG	<input type="checkbox"/> β-HCG [R]
------	------------------------------------

MALARIA	<input type="checkbox"/> Malaria [M]
---------	--------------------------------------

**ORDRE DE PRELEVEMENT**

1° [B]	bleu	citrate
2° [R]	rouge/jaune	sérum/gel
3° [V]	vert clair	héparine/gel
4° [M]	mauve	EDTA
5° [G]	gris	fluorure

**PRELEVEMENT CONFORME**  
(Règlementation INAMI)

- Patient : Nom - Prénom - DOB (N° unique, vignette)
- Prescripteur : Nom - Prénom - INAMI Signature obligatoire
- Prescription : Claire, lisible, détaillée Renseignements cliniques
- Préleveur : Date - heure - initiales
- Echantillons : Nom - Prénom - DOB (N° unique, vignette) Identification concordante

AUTRES ANALYSES :

**URINES – LIQUIDES DE PONCTION – GAZ (voir verso)**

# FORMULAIRE DE PRESCRIPTION – BON D'URGENCE

1 PRELEVEMENT = 1 DEMANDE

## URINES

Urine  à mi-jet  sondée

### IONOGRAMME URINE

**IOU**  Sodium urinaire

**KUR**  Potassium urinaire

**CLUR**  Chlorures urinaires

**OSMOUR**  Osmolalité urinaire

**UDROG**  Screening drogues  
(Cannabis, Cocaine, Opiacés, Méthadone, Tricycliques,  
Barbituriques, Benzodiazépines, Amphétamines,  
Metamphétamines, MDMA, Phencyclidine, Oxycodone)

**SEDI**  Tigette - Sédiment  
(Pour le service des urgences, une culture sera ajoutée pour tout sédiment contenant plus de 10 GB/μl)

Culture bactérienne

**AGLEG**  Antigène Legionella

**AGPNEU**  Antigène Pneumocoque

AUTRES ANALYSES :

## GAZ DU SANG

*Seringue safePICO*

Prélèvement :  Sang artériel  
 Sang veineux  
 Sang capillaire

Oxygénation :  
 Sous O<sub>2</sub> : ..... L/min (FiO<sub>2</sub> : .....%)

HB :

pH :

pCO<sub>2</sub> :

pO<sub>2</sub> :

HCO<sub>3</sub><sup>-</sup> réel :

CO<sub>2</sub> total :

Base excès :

HCO<sub>3</sub><sup>-</sup> standard :

sO<sub>2</sub> :

**NAPOCT**  Na<sup>+</sup>

**KPOCT**  K<sup>+</sup>

**CAION**  Ca<sup>++</sup> ionisé

**LACLACV**  Lactate

**HBCO**  Carboxy-hémoglobine

**METAR/METVE**  Méthémoglobine (MetHb)

## LIQUIDES DE PONCTION

### LIQ CEPHALORACHIDIEN

**GBLCR**  Globules blancs + formule

**GRLIQ**  Globules rouges

**PROLCR**  Protéines totales

**GLULCR**  Glucose

Culture bactérienne

**AGLCR**  Antigènes bactériens

### LIQ ASC PLEU PERIC

Liquide d'ascite  
 Liquide pleural  
 Liquide péricardique

**GBLIQ**  Globules blancs + formule

**GRLIQ**  Globules rouges

**PROAPP**  Protéines totales

**LDHAPP**  LDH

**GLUAPP**  Glucose

**ALBLIQ**  Albumine (ascite)

Culture bactérienne

### LIQ ARTICULAIRE

Liquide articulaire

**GBLIQ**  Globules blancs + formule

**GRLIQ**  Globules rouges

**PROART**  Protéines totales

**GLUART**  Glucose

**LDHART**  LDH

**URICAR**  Acide urique

Culture bactérienne

AUTRES ANALYSES :