CHNM
CENTRE HOSPITALIER du NORD-MAYENNE
Au service de votre santé

Nom du prescripteur :
O Dr El Haggan
O Dr El Salhy
Visa du prescripteur :

Etiquette patient.

Si indisponible, inscrire :
Nom, Prénom :

Date Naissance :

N° admission :

Nip :

DEPARTEMENT DE BIOLOGIE MEDICALE
BILANS - ASSOCIATION ECHO – V4

ECHODIALYSE MAYENNE

7216

Reservé Labo

M PRE BDD SE 02 – V4

Date de prélèvement : ...../...../..... **Heure de prélèvement :** ..... **Nom du préleveur :** .....

Renseignements cliniques

☐ Patient Sous Antibiothérapie ☐ Patient Immunodéprimé ☐ Patient Sous Chimiothérapie ☐ Fièvre/Hyperthermie ☐ Grossesse

☐ Autres : .....

BILAN MENSUEL

☐ AVANT rein (NFS, Réti, BEC, Bilan Fer, FRT, Phos, CRP) — 1 violet + 1 vert + 1 rouge — AVMENS

BILAN TRIMESTRIEL

☐ AVANT rein (NFS, Réti, BEC, Bilan Fer, FRT, Phos, BH, CRP, AU, Alb, PréAlb) — AVTRIM

1 violet + 1 vert + 1 rouge

BILAN SEMESTRIEL

☐ AVANT rein (NFS, Réti, BEC, Bilan Fer, FRT, Phos, BH, BL, Electro, Alb, PréAlb)
Bilan séro., CRP, AU, Fib, TSH, NT-proBNP, 25OH-Vit.D) — AVSEME

1 violet + 2 verts + 4 rouges + 1 bleu

☐ APRES rein (BEC + Phosphore) — 1 vert — APSEME

AUTRES EXAMENS

☐ HBA1c — 1 violet ☐ DIGOXINE — 1 vert ☐ PSA — 1 rouge

Heure de pvt : ..... Posologie : .....

☐ NFS — 1 violet ☐ BEC — 1 vert ☐ PTH — 1 rouge apporté immédiatement au labo

☐ TP-INR — 1 bleu ☐ CRP — 1 vert ☐ IgG anti-Spike du SARS-CoV-2 — 2 rouges