



CHU Sainte-Justine

Le centre hospitalier universitaire mère-enfant



3175, Côte Sainte-Catherine, Montréal, QC, H3T 1C5, 514-345-4642

F-1711 # IN.V.: 3994745 (REV. 2018-11)

ATTENTION : Zone grise obligatoire

Analyses du LABORATOIRE D'HÉMOSTASE

Prélèvement demandé: Date _____ Heure _____ ou Heure de tournée: 7h 11h 14h 17h 20h 00h

Unité de Soins/Clinique : _____	Identification du patient
MD Requérant : _____ # Licence : _____	Nom, Prénom:
Prélèvement fait: Date: _____ Heure _____	Sexe : F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
Prélevé par: _____	# Dossier ou # Ass. maladie :
Cocher obligatoirement la nature de l'échantillon et les analyses requises	Date de naissance : _____
Médication: <input type="checkbox"/> Aucun <input type="checkbox"/> Héparine <input type="checkbox"/> Coumadin	ou
<input type="checkbox"/> AINS <input type="checkbox"/> Pr. naturel <input type="checkbox"/> Anti- plaquettaire	Plaquer avec carte
<input type="checkbox"/> AAS <input type="checkbox"/> Autres : _____	
Prélèvement: <input type="checkbox"/> I.V <input type="checkbox"/> Canule <input type="checkbox"/> Port-à-cath	
<input type="checkbox"/> Picc-line <input type="checkbox"/> Autres : _____	

Renseignement clinique: _____ Non disponible

COAGULOGRAMME

<input type="checkbox"/> Coagulogramme JCOAG <small>(Contient : T.Prothrombine/INR, APTT et Fibrinogène)</small>	<input type="checkbox"/> T.Prothrombine/INR PTMS	<input type="checkbox"/> APTT PTMS	<input type="checkbox"/> Fibrinogène FIBR
<input type="checkbox"/> Dosage de l'HÉPARINE * Type : _____ <small>* Nom commercial obligatoire</small>	<input type="checkbox"/> Enox/Fragmin/Lovenox HEPB <input type="checkbox"/> Standard HEPS	<input type="checkbox"/> Dosage d'anticoagulants* Type : _____ <small>* Nom commercial obligatoire</small>	<input type="checkbox"/> Rivaroxaban/Dabigatran HEPX <input type="checkbox"/> Fondaparinux HEPF <input type="checkbox"/> Orgaran HEPG

DIAGNOSTIC VON WILLEBRAND

DIAGNOSTIC THROMBOSE

MICROANGIOPATHIE THROMBOTIQUE

<input type="checkbox"/> Temps de saignement : <input type="checkbox"/> ADP PFADP <input type="checkbox"/> EPI PFPEPI	<input type="checkbox"/> Temps de thrombine TTHR	<input type="checkbox"/> ADAMTS-13 activité AD13A
<input type="checkbox"/> Facteur VIII : C F8R	<input type="checkbox"/> Résistance à la protéine C activée APCSR	<input type="checkbox"/> Anti-ADAMTS-13 Ig Total AD13T
<input type="checkbox"/> Facteur vWF : Ag VWFR	<input type="checkbox"/> Protéine C amidolytique PCCHU	<input type="checkbox"/> Ac. Anti-facteur H AAFH
<input type="checkbox"/> Facteur vWF : Activité RICOF	<input type="checkbox"/> Protéine S Libre antigénique SLAGR	<input type="checkbox"/> Complément Facteur I FACTI
<input type="checkbox"/> vWF Multimères MULTI	<input type="checkbox"/> Antithrombine amidolytique AT3U	<input type="checkbox"/> Dosage Eculizumab ECUli
<input type="checkbox"/> Liaison du vWF : Ag au collagène CBA		
<input type="checkbox"/> Liaison du FVIII au vWF LCBVW		

DOSAGE DES FACTEURS

ANTIPLHOSPHOLIPIDES

AUTRES

<input type="checkbox"/> II : C F2R	<input type="checkbox"/> VIII : C F8R	<input type="checkbox"/> Anticoagulant lupique RAL } ACLAM	<input type="checkbox"/> TEG TEG
<input type="checkbox"/> V : C F5R	<input type="checkbox"/> IX : C F9R		<input type="checkbox"/> Fonctions plaquettaires FPLQ1
<input type="checkbox"/> VII : C F7R	<input type="checkbox"/> XI : C F11R	<input type="checkbox"/> β -2 glycoprotéine B2GP1	<input type="checkbox"/> C1 inhibiteur fonctionnel C1INH
<input type="checkbox"/> X : C F10R	<input type="checkbox"/> XII : C F12R		<input type="checkbox"/> Anticorps anti-héparine AAH
<input type="checkbox"/> FIB:Ag 1AGR	<input type="checkbox"/> XIII : C FSFQ		<input type="checkbox"/> Anti-cérébrosidase CERZ
			<input type="checkbox"/> Titrage Anti-C1 inhibiteur ACINH

INHIBITEUR DES FACTEURS

FIBRINOLYSE

<input type="checkbox"/> Dépistage <input type="checkbox"/> Anti-VIII DEPI8	<input type="checkbox"/> Lyse des euglobulines LISEU	<input type="checkbox"/> Précisez SVP : _____ _____ _____
<input type="checkbox"/> Anti-IX DEPI9	<input type="checkbox"/> tPA : Ag TPA1	
<input type="checkbox"/> Dosage <input type="checkbox"/> Anti-VIII DINHB	<input type="checkbox"/> PAI-1 : Ag PAI	
<input type="checkbox"/> Anti-IX DINHB	<input type="checkbox"/> PAI-1 : Activité PAIAC	
<input type="checkbox"/> ELISA <input type="checkbox"/> Anti-VIII 8KAXT	<input type="checkbox"/> Plasminogène amidolytique PLG	
<input type="checkbox"/> Anti-IX 9BIMT	<input type="checkbox"/> α -2 antiplasmin amidolytique APA	
<input type="checkbox"/> Anti-XIII 13IGT		

COMMENTAIRES :

Section réservée au LABORATOIRE
Étiquette code à barres