Hôpitaux Universitaires Genève

**DIAGNOSTIQUE / Service de Médecine de laboratoire**
Centre d'accueil des prélèvements (CAP)
Bâtiment des Laboratoires (BATLab), local 8D-0-850.1
4 rue Gabrielle-Perret-Gentil, 1211 Genève 14

**Laboratoire de Routine et Qualité**

# ROUAL

http://www.hug-ge.ch/feuilles-de-demande

Responsable du laboratoire : Dre I. Kern (079 55) 33 303
Labo direct ou résultats : Tél. /Fax : (022 37) 27 360 / 21 842
Centre d'accueil des prélèvements (CAP) : Tél (022 37) 21 800

M. ❑ Mme ❑ (SVP: en caractères d'imprimerie)

Nom:……

Nom de jeune fille :……

Prénom :……

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

**Représentant légal si patient mineur :** ❑père ❑mère

**Nom/prénom : ……**

Rue/N°:……

Localité, No postal :……

Unité d'hospitalisation : …… Médecin :……

N° EdS : ……

**Adresse pour facturation**: ❑Patient ❑Demandeur ❑Assurance
**Nature du cas** : ❑Maladie ❑AI ❑Accident ❑Maternité

N° AVS (AI obligatoire) : ……

**Assurance** : …… **N° Assuré :** ……

***Prescripteur*** *(Nom*/Prénom - Rue/N°- Localité, No postal - Tel/Fax) ***:***

**Identification laboratoire :**

**Médecins en copie** *(Nom*/Prénom - Rue/N°- Localité, No postal - Tel/Fax *Le laboratoire demandeur/prescripteur a obtenu l'accord du prescripteur/patient pour transmettre des copies à d'autres médecins que le médecin prescripteur*

*:*

**Prélèvement du :** Heure :

**Renseignements obligatoires ( diagnostic et/ou traitement etc.) :**

❑ **Opposition du patient à l'enregistrement des résultats de cette demande dans le dossier patient informatique (DPI) des HUG**

## SANG VEINEUX

**G3.5** ❑ Aldolase ✖ (HT : 5.- CHF)
**G3.5**❑ Angiotensine, enzyme de conversion
**G3.5**❑ Antitrypsine, alpha-1
**G3.5**❑ Calcitriol (1,25 dihydroxycholécalciférol)
**G3.5**❑ Céruloplasmine
**G3.5**❑ Cystatine C
**G3.5**❑ Dépistage de la Trisomie 21 na (1er trim)
**G3.5**❑ Dépistage de la Trisomie 21 na (2ème trim)
**G3.5**❑ Foetoprotéine, alpha-1 grossesse (AFP)
**G3.5**❑ Fructosamine
**E3** ❑ Gluc-6-phosphate déshydrogénase (G-6-PDH) na
**G3.5**❑ Haptoglobine
**V3** ❑ Hémoglobine libre
**G3.5** ❑ Hyaluronique, acide ✖ na (HT: 61.- CHF)
**G3.5** ❑ IGF-1, Insuline like growth factor
**G3.5** ❑ IGF-BP3, Insulin like growth factor binding protein
❑ Lactate/Pyruvate
***Tube fourni par le labo*** **(Transport dans glace)**
**G3.5** ❑ Lipoprotéine (a)
**G3.5** ❑ Phosphatase alcaline osseuse (Ostase)
**G3.5** ❑ Préalbumine
**G3.5** ❑ Protéines, électrophorèse
**G3.5** ❑ Transferrine carboxy-déficiente (CDT)
**G3.5** ❑ Thyroglobuline

## SANG DE CORDON

**G3.5** ❑ Cystatine C
**E3** ❑ Glucose-6-phosphate-déshydrogénase

## LCR

**B4** ❑ Albumine
**Sarstedt PP**❑ Protéines TAU, p-TAU na et AB42 ✖ HT : 183.- CHF)
**B4** ❑ Pyruvate

## LIQUIDE AMNIOTIQUE

**B4** ❑ Foetoprotéine, alpha-1 grossesse (AFP)

## LIQIDE ASCITE

**B4** ❑ Protéines, électrophorèse

## AUTRE LIQUIDE

**G3.5** ❑ Protéines, électrophorèse
**B4** ❑ Thyroglobuline

## SELLES

**FM60** ❑ Calprotectine
**FM60** ❑ Chlorure
**FM60** ❑ Sodium + Potassium
**FM60** ❑ Stéatocrite, acide na

## URINE

**B4** ❑ Albumine (Microalbuminurie)
**B4** ❑ Citrate
**B4** ❑ Oxalate
**B4** ❑ Porphyrines, profil
**(Transport abri de la lumière, papier alu))**

✖ = ❒ le patient a été informé que les analyses identifiées par le caractère ✖ ne figurent pas sur la liste OFAS en vigueur et qu'elles ne seront donc pas obligatoirement prises en charge par les caisses maladie (HT : prix des analyses hors taxe).

**G3.5** = sang natif+gel →Hémogard jaune 3.5 ml
**E3** = sang EDTA→ Hémogard mauve 3ml
**B4** = liquide natif→ Hémogard beige 4ml
**V3** = sang hépariné+gel →Hémogard vert clair 3ml a/gel
na = non accrédité

**FM60** = Flacon stérile vissé métal 60 ml, PS bouchon métal : flacon stérile en polystyrène sans additif
**Tube Sarstedt PP ou tube Sorensen Bioscience PP** = s'adresser au laboratoire si besoin
**Fourni par le labo =** s'adresser au laboratoire si besoin **Pédiatrie→** se référer au RPA