



LBM GEST MULTISITES de l'ETABLISSEMENT FRANÇAIS DU SANG GEST

85 - 87 BOULEVARD LOBAU - CS10720 - 54064 NANCY CEDEX

Site de Charleville Mézières : Tél. 03 24 57 71 38 - Fax 03 24 57 71 08 / Site de Colmar : Tél. 03 89 30 12 61 - Fax 03 89 30 12 62
Site de Metz Mercy : Tél. 03 87 65 02 40 - Fax 03 87 62 96 06 / Site de Mulhouse : Tél. 03 89 31 70 93 - Fax 03 89 31 70 81
Site de Nancy Brabois : Tél. 03 83 44 71 71 - Fax 03 83 44 71 73 / Site de Nancy Lobau : Tél. 03 83 17 65 86 - Fax 03 83 32 68 18
Site de Reims : Tél. 03 26 49 33 42 - Fax 03 26 05 86 62 / Site de Strasbourg HautePierre : Tél. 03 88 12 71 78 - Fax 03 88 12 71 74
Site de Strasbourg Spielmann : Tél. 03 88 21 25 04 - Fax 03 88 21 25 43 / Site de Troyes : Tél. 03 25 75 97 58 - Fax 03 25 75 97 64
LBM GEST (accréditation N° 8-1717 ; liste des sites et portée consultable sur www.cofrac.fr)

Laboratoire Hémostase : Ligne directe 03 88 21 25 35 - lignes intérieures HUS : 78-6322 et 78-6362 - Fax : 03 88 21 25 14
10, rue Spielmann - B.P. 36 - 67065 Strasbourg Cedex - Tél. 03 88 21 25 25 - Fax labo 03 88 21 25 14

DEMANDE D'EXAMENS BIOLOGIQUES : LABORATOIRE D'HEMOSTASE SPECIALISEE

DEMANDE URGENTE

MOTIF :

DATE DE PRESCRIPTION : |__| |__| |__| |__|

IDENTIFICATION DU PATIENT (OBLIGATOIRE) (Remplir ou coller une étiquette sur chaque feuille)

INS : _____ NIP : _____

NOM D'USAGE (marital ou autre) : _____

NOM DE NAISSANCE : _____

PRENOM : _____ SEXE : F H

DATE DE NAISSANCE : |__| |__| |__| |__| |__| |__|

LIEU DE NAISSANCE : _____ DEPARTEMENT DE NAISSANCE : _____

ADRESSE : _____ CP ET COMMUNE : _____

N° Demande EFS

Coller l'étiquette CAB

(Demande de tiers payant : joindre photocopie de la carte de Sécurité Sociale + feuille de soins signée par l'assuré(e) + ordonnance)

IDENTIFICATION DU PRECIPTEUR (OBLIGATOIRE) (Remplir sur chaque feuille)

ETABLISSEMENT DE SOIN : _____ FAX : _____

UNITE FONCTIONNELLE : _____ TEL : _____

NOM, QUALITE DU PRECIPTEUR ET SIGNATURE (Remplir en majuscule) : _____

PRELEVEMENT ET IDENTIFICATION DU PRELEVEUR (OBLIGATOIRE) (Remplir sur chaque feuille)

DATE ET HEURE DU PRELEVEMENT : |__| |__| |__| |__| |__| |__|

NOM DU PRELEVEUR ET QUALITE : _____ N° PROFESSIONNEL/ADELI : _____

EXAMENS BIOLOGIQUES PRESCRITS

Études des fonctions plaquettaires : (Sur rendez-vous uniquement pour définir le nombre de tubes, le type d'anticoagulant et volume de sang nécessaire)

(1) Délai de transmission impératif : 2h après prélèvement, à température ambiante

Agrégation plaquettaire en PRPc (Plasma riche en plaquettes) - 4 tubes Citrate + 1 tube EDTA (1)

Agrégation plaquettaire en plaquettes lavées (1)

Dosage de sérotonine plaquettaire (1)

Dosage des nucléotides plaquettaires (1)

Etude de l'exposition des phospholipides anioniques - 1 tube hirudine (1)

Etude des glycoprotéines plaquettaires - 1 tube citrate

Etude de l'exposition du CD63 - 1 tube citrate

Etude de la réponse au traitement par thiénoxyridines :

VASP - 1 tube citrate

Autres examens (préciser) : _____ (En cas de doute sur une analyse, appeler le laboratoire)

Renseignements cliniques succincts :

• Numération plaquettaire : OUI NON

Si OUI, indiquer les valeurs : _____

• Contexte clinique : _____

• Autres informations pertinentes : _____

CADRE RESERVE A L'EFS (Merci de ne rien inscrire dans cette partie)

NOMBRE DE TUBES PRELEVES : EDTA : _____ AUTRE : _____ RECEPTIONNE PAR (visa) : _____

DEMANDE CONFORME : OUI NON DATE ET HEURE DE LA RECEPTION : _____
(Horodatage)

En cas de question, appelez le laboratoire ou consulter notre manuel de prélèvement <https://efs-ge.manuelprelevement.fr/>