RECHERCHE D'EMBOLIE AMNIOTIQUE

URGENT ☐

CHU Saint-Étienne

* mentions légales à fournir

UF (*) ☐☐☐☐ _____ libellé service

Etablissement _____

Prescripteur (Nom ET prénom) **(*) - Tel :** _____

Je m'engage à transmettre les résultats au patient 8520 ☐

Préleveur (Nom et prénom) **(*)**

Copie à (consultant extérieur CHU uniquement) _____

No IPP ☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Nom usage(*) _____

Nom naissance (*) _____ étiquette patient

Prénom (*) _____

Date naissance (*) ☐☐ ☐☐ ☐☐

Sexe (*) F ☐ M ☐

No séjour ☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Le patient adhère à "monGHTLoire" (accord signé) ☐ 8500

zone réservée à la biologie

Date de prélèvement (*) ☐☐ ☐☐ ☐☐ **Heure de prélèvement (*)** ☐☐ ☐☐

Ordre de prélèvement du sang	Tube de purge (si besoin)	CTAD ou Citrate BLEU	sec JAUNE avec gel	sec ROUGE sans gel	Héparine VERT avec gel	Héparine VERT sans gel	EDTA K2 VIOLET	EDTA K2 ROSE	Fluoré GRIS	Autres

Diagnostic / Renseignements cliniques ou thérapeutiques (OBLIGATION LEGALE à fournir dans le cadre de la prestation de conseil) :

☒ Grossesse

Les autres renseignements cliniques sont à compléter au verso de la prescription.

TRAITEMENT ANTI-COAGULANT

☐ ***AUCUN traitement***

Traitement antithrombotique

☐ Aclotine®

Anti-agrégants plaquettaires

☐ Aspégic® ☐ Kardégic®
(ac. Acétylsalicylique, aspirine)

☐ Plavix®

AVK, anticoagulants directs

☐ Previscan® ☐ Pradaxa® *(Dabigatran)*
☐ Coumadine® ☐ Arganova® *(Argatroban)*
☐ Sintrom®
☐ Eliquis® *(Apixaban)*
☐ Xarelto® *(Rivaroxaban)*
☐ Lixiana® *(Edoxaban)*

HNF

☐ Calciparine®
☐ Héparine sodique

HBPM et dérivés

☐ Lovenox®
☐ Fraxiparine®
☐ Fragmine®
☐ Innohep®
☐ Arixtra® *(Fondaparinux)*
☐ Orgaran® *(Danaparoïde)*

☐ *Relai HBPM-AVK*
☐ *Relai HNF-AVK*
☐ *Thrombolyse*
☐ *Arrêt AVK*
☐ *AUTRE : ……*

Dose :…… **Heure administration :……**

URGENCE VITALE - Sac pneumatique vert - Prévenir le 26835 - Résultats au _____

BIOCHIMIE

1 tube hépariné avec gel (vert clair)

☐ Ionogramme (Na, K, Cl, CO2, Urée, Créatinine, Glucose, Protéine)

☐ Enzymes cardiaques (ALAT, ASAT, CK, LDH)

HEMATOLOGIE

1 tube EDTA (violet)

☐ Hémogramme (NFP)

1 Tube CTAD (bleu clair anneau jaune)

☐ TP - TCA - Fibrinogène

☐ D dimeres

☐ Complexes solubles (ou monomères de fibrine)

GAZ DU SANG

1 seringue héparinée

☐ Sang **Artériel** - 9501 (gazométrie, Contenu O2)

CONFIRMATION DIAGNOSTIC :
A TRANSMETTRE AU PREANALYTIQUE (non réalisé 24h/24)

SANG MATERNEL

ENVOI EXTERIEUR : UF Biologie Foeto maternelle - Centre de Biologie et Pathologie EST - HCL

1 tube EDTA (violet) + 1 tube sec avec gel séparateur (jaune)

☐ IGFBP1

☐ AFP **cinétique** : *prélever à au moins 2h d'intervalle*

☐ Recherche cellules amniotiques sur sang total

LBA (liquide de lavage broncho alvéolaire)

ENVOI EXTERIEUR : UF Biologie Foeto maternelle - Centre de Biologie et Pathologie EST - HCL

1 poudrier sec stérile (bouchon rouge 40 mL + 1 Tube EDTA (violet) + 1 tube sec avec gel séparateur (jaune)

☐ Recherche cellules amniotiques

☐ IGFBP1

compléter et joindre la "Fiche de renseignements cliniques" et consulter, si besoin, la fiche "embolie amniotique HCL" pour un diagnostic biologique dans le catalogue des analyses.