



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 PRESCRIPTEUR (OBLIGATOIRE) (Remplir sur chaque feuille)

ETABLISSEMENT DE SOIN : FAX :

UNITE FONCTIONNELLE : TEL :

NOM, QUALITE DU PRESCRIPTEUR 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/>