

Préciser nom établissement ou laboratoire *si extérieur au CHU* :

Téléphone (complet, à 10 chiffres) obligatoire pour transmission des résultats :



PRESCRIPTEUR :

Nom Prénom :

Téléphone (10 chiffres) :



PATIENT :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

N° patient :

PRELEVEUR :

Nom Prénom :

**RECHERCHE DE PIGMENTS HEMOGLOBINIQUES
DANS LE LIQUIDE CEREBRO-SPINAL (LCS) (SPRP)
*Minimum 12 heures post-symptômes***

Faire parvenir au laboratoire :

**Un tube en polypropylène (Sarstedt 5 mL Ref 62.558.220) de LCS rempli
impérativement au moins à la moitié (2 à 3 mL) : > 30 gouttes
Dans un délai maximal de 4 heures après la ponction
A l'abri de la lumière (protégé dans une enveloppe/aluminium...)**

NB : Quantité minimale : au moins 1 mL (20 gouttes), sinon impossible de réaliser l'examen.

Date et heure de début des symptômes :

Renseignements cliniques :

Date de la ponction lombaire :

Heure de la ponction lombaire :

Ponction traumatique ?

☐ Oui

☐ Non

Si PL antérieure(s) dans les 15 jours, indiquer
date(s) et caractère(s) traumatique(s) :

Si disponible, indiquer la valeur des protéines et
de la bilirubine plasmatiques du jour :

Préciser nom établissement ou laboratoire *si extérieur au CHU* :

Téléphone (complet, à 10 chiffres) obligatoire pour transmission des résultats :



PRESCRIPTEUR :

Nom Prénom :

Téléphone (10 chiffres) :



PATIENT :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

N° patient :

PRELEVEUR :

Nom Prénom :

**RECHERCHE DE PIGMENTS HEMOGLOBINIQUES
DANS LE LIQUIDE CEREBRO-SPINAL (LCS) (SPRP)
*Minimum 12 heures post-symptômes***

Faire parvenir au laboratoire :

**Un tube en polypropylène (Sarstedt 5 mL Ref 62.558.220) de LCS rempli
impérativement au moins à la moitié (2 à 3 mL) : > 30 gouttes
Dans un délai maximal de 4 heures après la ponction
A l'abri de la lumière (protégé dans une enveloppe/aluminium...)**

NB : Quantité minimale : au moins 1 mL (20 gouttes), sinon impossible de réaliser l'examen.

Date et heure de début des symptômes :

Renseignements cliniques :

Date de la ponction lombaire :

Heure de la ponction lombaire :

Ponction traumatique ?

☐ Oui

☐ Non

Si PL antérieure(s) dans les 15 jours, indiquer date(s) et
caractère(s) traumatique(s) :

Si disponible, indiquer la valeur des protéines et de la
bilirubine plasmatiques du jour :

Prévenir impérativement le laboratoire avant envoi - Tél. : 0240165459 - 64560

Bon d'analyses : Pigments Hémoglobiniques dans le LCS

V 4

7180-IM-089

13/03/2020

Prévenir impérativement le laboratoire avant envoi - Tél. : 0240165459 - 64560

Bon d'analyses : Pigments Hémoglobiniques dans le LCS

V 4

7180-IM-089

13/03/2020