

CHARGES VIRALES HEPATITES (PCR VHB, VHC, VHD)

DU LUNDI AU VENDREDI ENTRE 8H ET 19H (réception CRTE)
ACHEMINEMENT URGENT

UNITE DE SOINS

NUMERO PATIENT

LABORATOIRE

Mentions obligatoires concernant le prélèvement :

Prélevé le / / à H

Nom du préleveur : _____

Nom du prescripteur : _____

Tel ou Bip : _____

Nature : 1 Grand Tube EDTA (9ml) **par analyse**

Nombre de tubes prélevés :

ANALYSES A EFFECTUER	RENSEIGNEMENTS CLINIQUES
<input type="checkbox"/> PCR B Charge Virale Hépatite B Pour Génotype et Recherche de mutations (7180-IM-108)	Suivi porteur chronique : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Traitement (à préciser) :
<input type="checkbox"/> PCR C Charge Virale Hépatite C <input type="checkbox"/> GENOTYPE CONNU (à préciser) : <input type="checkbox"/> GENOTYPE A PREVOIR	Porteur chronique connu : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Traitement (à préciser) : S_____ <input type="checkbox"/> J0 <input type="checkbox"/> Fin de traitement <input type="checkbox"/> Post traitement
<input type="checkbox"/> PCR D Charge Virale Hépatite Delta	Sérologie delta connue positive : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Traitement (à préciser) :

Cadre réservé aux laboratoires extérieurs

Nombre de tubes reçus	Heure de prise en charge	Heure d'aliquotage	Nombre d'aliquots	Etat du prélèvement lors de l'envoi	Initiales
				<input type="checkbox"/> +4°C <input type="checkbox"/> -80°C	

Cadre réservé au CRTE HD

Nombre de tubes reçus	Heure de prise en charge	Initiales	Nombre d'aliquots	Date et heure de congélation	Initiales