



## DEMANDE D'EXAMENS BIOLOGIQUES : LABORATOIRE D'HÉMOSTASE SPÉCIALISÉE

### IDENTIFICATION DU PATIENT

Remplir ou coller une étiquette sur chaque feuille

N° ENTRÉE	Emplacement pour étiquette		N° ordonnance
NOM D'USAGE (marital ou autre)	NIP		
NOM DE FAMILLE (ou de naissance)			
PRÉNOM	DATE DE NAISSANCE	J   M   A	SEXE F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
<b>HOSPITALISÉ</b>	Établissement de soins		
Unité fonctionnelle			Tél. _____

#### AMBULANT (informations complémentaires)

Adresse \_\_\_\_\_ CP et Commune \_\_\_\_\_

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

Contexte clinique : \_\_\_\_\_

Numération plaquettaire : \_\_\_\_\_

### HEMOSTASE PRIMAIRE

#### Études des fonctions plaquettaires (sur rendez-vous uniquement)

- Agrégation plaquettaire en PRPc (Plasma riche en Plaquettes) - 3 tubes citrate 5 mL.  
Délai de transmission impératif : 2H à température ambiante
- Etude des glycoprotéines plaquettaires - 1 tube citrate 5 mL
- Dosage de la sérotonine plaquettaire
- Dosage des nucléotides plaquettaires
- Etude de l'exposition des phospholipides anioniques
- Agrégation plaquettaire en plaquettes lavées

#### Étude de la réponse au traitement par thienopyridines

- VASP - 1 tube citaté 5 ml

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

Date et heure de prélèvement : \_\_\_\_\_

Nom, qualité, numéro d'identification professionnelle et signature de la personne ayant effectué le prélèvement (obligatoires) : \_\_\_\_\_

Nom du prescripteur (majuscules) : \_\_\_\_\_