

**Identification prescripteur  
(tampon)**

**Identification patient**

Nom :

Prénom :

Date de naissance : ..... / ..... / .....

**Au laboratoire d'analyses médicales.**

**Faire pratiquer sur prélèvement sanguin les analyses suivantes :**

*Cocher les examens à réaliser*

- NFS
- Ionogramme sanguin
- Urée, créatinine, calcul du DFG par MDRD
- Bilan hépatique : ASAT / ALAT / GT / PAL
- Bilan hépatique complet : ASAT / ALAT / GT / PAL / Bilirubine totale / Bilirubine conjuguée
- Sérologie hépatite B : Antigène HBs, Anticorps anti-HBs, Ac. Anti-HBc
- Sérologie VIH 1 et VIH 2
- Sérologie syphilis : TPHA / VDRL
- Sérologie IgG rubéole
- Sérologie Toxoplasmose
- Groupe et Rhésus sanguins
- Réaliser une sérologie de toxoplasmose tous les mois jusqu'au \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**Faire pratiquer sur un échantillon urinaire les analyses suivantes :**

*Cocher les examens à réaliser*

- Bandelette urinaire à la recherche de protéinurie ou leucocyturie
- ECBU
- ECBU tous les mois jusqu'au \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**Nombre de cases cochées : \_\_\_\_**

**Date de la prescription :**

**Signature du médecin prescripteur :**