



Laboratoire d'Analyses Médicales

Institut Pasteur d'Algérie annexe El-Hamma

## Fiche de Renseignement

➔ **CODE PATIENT :**

Date: .....

Nom:.....

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

Prénom:.....

Sexe:  Masculin

N° de téléphone :.....

Féminin

➔ **PRELEVEMENT:**

Identité du préleveur.....

Date du prélèvement : ...../...../.....à .....H

Prélèvement :  Sang ;

Urine;

Nombre de Tubes:  EDTA

Hépariné

Citrate de Sodium  Sec

Problème éventuel rencontré lors du prélèvement: .....

➔ **Unité d'Hémobiologie:**

Code Patient: .....

Nom:.....

Prénom:.....

Date:.....

NFS

Groupage ABO RhD

Groupage Phénotypé

TP

Frottis Sanguin

RAI

Vitesse de sédimentation

TCK

Taux de Réticulocytes

Test de Coombs direct

Fibrinogène

INR

➔ **Unité de Biochimie:**

Code Patient : .....

Nom:.....

Prénom:.....

Date:.....

Glycémie à jeun

Cholestérol- HDL

Calcium

Chimie des Urine

Glycémie post prandiale

Cholestérol- LDL

Magnésium

Microalbuminurie

Insuline

Cholestérol Total

Phosphore

Protéinurie de 24H

Peptide C

Trigycérides

Vitamine D (25 OH vit D)

Créatinine urinaire

Apolipoprotéine B

Apolipoprotéine A1

CK-MB

Urée urinaire

Urée

Fer Sérique

Troponine

Acide urique urinaire

Créatinine

Ferritine

ACE

Clairance de la

Acide Urique

folates (vitamine B9)

CA 125

Glucose urinaire

ALAT ou SGPT

Transferrine

CA 15-3

Ionogramme urinaire

ASAT ou SGOT

Vitamine B12

CA 19-9

Calcium urinaire

Bilirubine Directe (conjugée)

TIBC(cap. de liaison fer Total)

PSA Libre

Magnésium urinaire

Bilirubine Indirecte

Coefficient de Saturation (CS)

PSA Totale

Hémoglobine Glyquée

Bilirubine Totale

Albumine

βéta-HCG

Gamma- GT

Antistreptolysine O(ASLO)

AFP

Phosphatase Alcaline(PAL)

Protéine C réactive (CRP)

Ionogramme sanguin

T3 Libre ou FT3

Protéines Totales

Amylase totale

T4 Libre ou FT4

Haptoglobine

Lipase

TSH

➔ **RENSEIGNEMENTS CLINIQUES :**

- Patient à jeun:     OUI     NON
- Traitement:     OUI     NON
- Nom du Médicament:.....
- Maladies Chroniques :.....
- Patient hospitalisé:     OUI     NON    Nom de l'hôpital:.....
- Signes Cliniques:.....
- Transfusion:     OUI     NON
- Grossesse:     OUI     NON
- Ictère:     OUI     NON
- Signes Hémorragiques:     OUI     NON
- Antécédants :.....