

**PRIERE
D'UTILISER CES
FEUILLES**

HÔPITAL TENON

SERVICE D'EXPLORATIONS FONCTIONNELLES (Pr. L. BAUD)
Secteur jaune, Bâtiment Joliot, porte 4 - 1er étage

DEMANDE DE DOSAGE RADIOIMMUNOLOGIQUE DE L'HORMONE ANTIDIURETIQUE

NOM :

PRENOM :

DATE de prélèvement :

AGE :

SEXE :

1/ CONTEXTE CLINIQUE MOTIVANT LA DEMANDE :

2/ CIRCONSTANCES DE PRELEVEMENT :

Etat basal :
Epreuve dynamique : Concentration : Dilution :
Régime : normal :
désodé :
Apports liquidiens/24 h : per os :
I.V. :
Traitements en cours :

3/ EXAMENS BIOLOGIQUES faits le :

Sang : Urines :
Créat. plasmatique $\mu\text{mol/l}$
Osmolalité mOsm/l Osmolalité
Na mmol/l Na mOsm/l
Protides g/l mmol/l

CONDITION DE PRELEVEMENT ET D'ENVOI :

- Merci de nous faire parvenir au moins 2.5 ml de plasma congelé pour chaque échantillon destiné au dosage de l'ADH (prélèvement sur EDTA).
- Nous pouvons effectuer la mesure de l'osmolalité plasmatique (prélèvement sur héparinate de lithium) et urinaire.
- L'ensemble des prélèvements doit nous parvenir centrifugé à froid, décanté et congelé, la date et l'heure du prélèvement étant précisées sur chaque tube.