



PATIENT (étiquette)	DEMANDEUR	PRELEVEMENT
Nom :	Prescripteur :	Date :
Prénom :	Téléphone :	Heure :
Date de naissance :	Service :	Préleveur :
Sexe : M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Adresse :	

Justification de demande de dosage De PTH RP

RAPPEL / modalité de prélèvement :

1 tube EDTA + APROTININE (bouchon rose)

RAPPEL : la principale indication est le bilan d'hypercalcémie à PTH basse

Renseignements cliniques obligatoires :

<div style="font-size: 4em; font-family: serif; margin-left: -1em;">{</div> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Valeur PTH : Et <input type="checkbox"/> Valeur calcémie totale : Et <input type="checkbox"/> Valeur calcium corrigé = Ou <input type="checkbox"/> Valeur calcium ionisé = 	<div style="font-size: 4em; font-family: serif; margin-right: -1em;">}</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;"> Dosés le même jour Date : </div>
<input type="checkbox"/> Contexte clinique :	
<input type="checkbox"/> Si Autre, justification :	

Il n'y a pas d'indication du dosage de la PTH-RP sans
hypercalcémie confirmée

Cadre réservé au Laboratoire de Biologie Médicale	Etiquette CAB Labo
Date et heure de réception : par	
<input type="checkbox"/> Accord du biologiste <input type="checkbox"/> Non-conformité	