

IDENTIFICATION PATIENT

NOM :
 Prénom :
 Adresse :

 Sexe : M / F Date de naissance :/...../.....

VIGNETTE MUTUELLE

MEDECIN PRESCRIPTEUR

Cachet, date et signature.

COPIE A :

DONNEES CLINIQUES :

ETIQUETTE ID. LABO

H.G.P.O. (Hyperglycémie provoquée par voie orale)

H.G.P.O. Grossesse (0, 60, 120 min)

| | 0 min | 30 min | 60 min | 90 min | 120 min | 150 min | 180 min | 210 min | 240 min | 300 min | |
|-----------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------------|
| Glycémie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tubes FLUORE |
| Insuline (max 5 tps) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ... | ... | ... | <input type="checkbox"/> | ... | Tubes SEC + gel |
| C-peptide (max 5 tps) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ... | ... | ... | <input type="checkbox"/> | ... | |
| G.H (max 5 tps) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ... | ... | ... | <input type="checkbox"/> | ... | Tubes EDTA |
| Cortisol (max 5 tps) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ... | ... | ... | <input type="checkbox"/> | ... | Tubes SPECIAUX |
| A.C.T.H (max 5 tps) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ... | ... | ... | <input type="checkbox"/> | ... | |
| Glucagon (max 5 tps) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ... | ... | ... | <input type="checkbox"/> | ... | |

Temps 240 min conseillé en cas d'hypoglycémie réactionnelle.

Temps supplémentaires au maximum autorisé : à charge du patient.

O Sullivan (0, 60 min)

GLYCEMIES FRACTIONNEES

| | 0 min | 60 min | | HEURES | | | | | | |
|----------|--------------------------|--------------------------|-----------------|----------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------------|
| Glycémie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tubes FLUORE | Glycémie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tubes FLUORE |
| Insuline | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tubes SEC + gel | Insuline | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tubes SEC + gel |

Test au T.R.H.

| | 0 min | 15 min | 30 min | 60 min | 90 min | 120 min | |
|------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------|-----------------|
| TSH (max 5 tps) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ... | Tubes SEC + gel |
| Prolactine (max 5 tps) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ... | |
| Cortisol (max 5 tps) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ... | |
| G.H. (max 5 tps) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ... | |
| Sous unité Alpha | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ... | |

Temp. supplémentaires au maximum autorisé : à charge du patient

** Néoplasie hypophysaire démontrée
 Autre : à charge patient (22,81€)

Test au L.H. R.H.

| | 0 min | 30 min | 60 min | 90 min | 120 min | Autre : min | |
|-------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------|-----------------|
| LH (max 5 tps) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ... | Tubes SEC + gel |
| FSH (max 5 tps) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ... | |
| (max 5 tps) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ... | |

Temp. supplémentaires au maximum autorisé : à charge du patient

Test court DEXAMETHASONE :

ACTH Cortisol Transcortine DHEA-S

Cortisol (rythme circadien) : 8H 12H 16H 20H 24H

Prolactine de stress (0 min et 20 min après repos)

Test au GLUCAGON

| | 0 min | 30 min | 60 min | 90 min | 120 min | 150 min | 180 min | | |
|----------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------|--|
| Glycémie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tubes FLUORE | <i>Temps supplémentaires au maximum autorisé : à charge du patient</i> |
| Insuline (max 5 tps) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ... | <input type="checkbox"/> | ... | <input type="checkbox"/> | | |
| Cortisol (max 5 tps) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ... | <input type="checkbox"/> | ... | <input type="checkbox"/> | Tubes SEC + gel | |
| G.H. (max 5 tps) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ... | <input type="checkbox"/> | ... | <input type="checkbox"/> | | |
| A.C.T.H. (max 5 tps) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ... | <input type="checkbox"/> | ... | <input type="checkbox"/> | Tubes EDTA | |

Test à l'INSULINE (hypoglycémie provoquée)

| | 0 min | 30 min | 60 min | 90 min | 120 min | Autre : min | | |
|-----------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------|--------------------|--|
| Glycémie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ... | Tubes FLUORE | <i>Temps supplémentaires au maximum autorisé : à charge du patient</i> |
| G.H. (max 5 tps) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ... | | |
| Cortisol (max 5 tps) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ... | Tubes SEC + gel | |
| C-peptide (max 5 tps) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ... | | |
| ACTH (max 5 tps) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ... | Tubes EDTA | |

Test au SYNACTHEN (A.C.T.H)

| | 0 min | 30 min | 60 min | 90 min | 120 min | Autre : min | | |
|---------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------|--------------------|--|
| Cortisol (max 5 tps) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ... | Tubes SEC + gel | <i>Temps supplémentaires au maximum autorisé : à charge du patient</i> |
| Cortisol libre (max 5 tps) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ... | | |
| 11-désoxycortisol (max 5 tps) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ... | | |
| Δ-4-androstenedione (max 5 tps) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ... | | |
| DHEA-S (max 5 tps) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ... | | |
| 17-OH-prog. (max 5 tps) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ... | | |

TEST AIMAH : Posture HGPO Primperan TRH Glucagon LHRH Synacthen

| | -15 min (Posture) | 0 min | 30 min | 60 min | 90 min | 120 min | 150 min (Posture) | Autre : min | | |
|-------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------|--------------------|--|
| Oestradiol (max 5 tps) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ... | Tubes SEC + gel | <i>Temps supplémentaires au maximum autorisé : à charge du patient</i> |
| Testo. (max 5 tps) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ... | | |
| 17-OH-prog. (max 5 tps) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ... | | |
| DHEA-S (max 5 tps) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ... | | |
| Cortisol (max 5 tps) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ... | | |
| ACTH (max 5 tps) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ... | | |

TEST A L' IOHEXOL (Fonction rénale)

AUTRE TEST :

.....

| | Temps |min |min |min |min |min |min |
|-----------------|-------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ANALYSES | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |