



LABORATOIRE de Biologie Médicale du CENTRE HOSPITALIER de TOURCOING Pôle Médico-Technique ☎ 03 20 69 45 40 / 03 20 69 45 41

Nom : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F Prénom Nom de naissance : Date de Naissance : Service :	Date et heure du prélèvement	à
	Heure Arrivée Laboratoire	
	Nom et signature du préleveur	

1ÈRE PRISE EN CHARGE AUX URGENCES ACCIDENTS D'EXPOSITION AUX VIRUS

Ordonnance pour la VICTIME SI TRAITEMENT

J0	Sérologie VIH	<input type="checkbox"/>	Date : __/__/__
	Ou TROD VIH	<input type="checkbox"/>	
	Sérologie VHC	<input type="checkbox"/>	
	Sérologie VHB :		
	Ac anti HBc + Ac anti HBs + Ag HBs	<input type="checkbox"/>	
	Ac anti HBs si vaccine	<input type="checkbox"/>	
	NFS Plaquettes	<input type="checkbox"/>	
	ALAT	<input type="checkbox"/>	
	Créatinine	<input type="checkbox"/>	
	β-HCG (à traiter en urgence)	<input type="checkbox"/>	
TPHA + VDRL si indiqué	<input type="checkbox"/>		

Nom du prescripteur

Signature

