



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	Date et heure du prélèvement	à
	Heure Arrivée Laboratoire	
Prénom		
Nom de naissance :		
Date de Naissance :		
Service :	Nom et signature du préleveur	

Ordonnance pour la VICTIME SI TRAITEMENT

**J0**

Sérologie VIH	<input type="checkbox"/>	Date : __/__/__
Sérologie VHC	<input type="checkbox"/>	
Sérologie VHB :		
Ac anti HBc + Ac anti HBs + Ag HBs	<input type="checkbox"/>	
Ac anti HBs si vacciné	<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"/>	

**J15**

NFS Plaquettes si Retrovir	<input type="checkbox"/>	Date : __/__/__
ALAT	<input type="checkbox"/>	
Créatinine	<input type="checkbox"/>	

**J30**

NFS Plaquettes	<input type="checkbox"/>	Date : __/__/__
ALAT	<input type="checkbox"/>	
Créatinine	<input type="checkbox"/>	
TPHA – VDRL si indiqué	<input type="checkbox"/>	

**M2**

Sérodiagnostic VIH	<input type="checkbox"/>	Date : __/__/__
TPHA + VDRL si indiqué	<input type="checkbox"/>	

**M4**

Sérodiagnostic VIH	<input type="checkbox"/>	Date : __/__/__
Sérodiagnostic VHC	<input type="checkbox"/>	
ALAT	<input type="checkbox"/>	
Ac AntiHBs si vacciné	<input type="checkbox"/>	
AgHBs + ac antiHBc si non répondeur	<input type="checkbox"/>	

Résultats :

- au médecin référent
- ET si personnel de Tourcoing, à la médecine du Travail

Nom du prescripteur

Signature

