

**IDENTIFICATION PATIENT**

NOM : .....  
 Prénom : .....  
 Adresse : .....  
 .....  
 Sexe : M / F    Date de naissance : ...../...../.....

**MEDECIN PRESCRIPTEUR**

*Cachet, date et signature.*

**COPIE A :**

**DONNEES CLINIQUES :**

ETIQUETTE ID. LABO

**VIGNETTE MUTUELLE**

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

	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)**

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

**GLYCEMIES FRACTIONNEES**

	HEURES	.....	.....	.....	.....	
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"/>	<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"/>	...	
<i>Sous unité Alpha</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...	

*Temps 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"/>	...	

*Temps 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"/>		

**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"/>	...		

**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 :**

ANALYSES	Temps	.....min	.....min	.....min	.....min	.....min	.....min
.....	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>