

CLAIRANCE du IOHEXOL

DATE : .. / .. /

IDENTIFICATION DU PATIENT

Nom :
Prénom :
Nom de jeune fille :
Date de naissance :
Nom Préleveur :

SERVICE DEMANDEUR

Médecin Prescripteur : Dr
Téléphone :
Fax :
Adresse complète et/ou cachet du demandeur :

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

Taille :
Poids :
Clairance Cockroft : mL/min
ou Clairance MDRD : mL/min
ou Clairance CKD-EPI : mL/min

Omnipaque 300 :
5 mL en 5 min IVD

Prélever un tube hépariné sans séparateur (bouchon vert) 5 mL par temps

INJECTION (T0) :

T2h :

T2,5h :

T3h :

T3,5h :

T4h* :

T4,5h* :

Noter l'heure exacte de prélèvement
au bras contro-latéral

* À prélever si clairance
Cockroft < 40 mL/min

À faire parvenir avec les prélèvements au :
Laboratoire de Toxicologie – Pr Allorge
Centre de Biologie Pathologie – RDC
Tel : (03 20 4) 4 49 66
Fax : (03 20 4) 4 47 29