



CH ARDECHE-  
NORD  
1 Rue du Bon  
Pasteur - BP119  
07103 ANNONAY  
CEDEX

**Bon de demande - Test au  
synacthène rapide**

Ref : CHAN.TOUS.PRE.DE.011.01  
Version : 01  
Applicable le : 02-02-2024



« Ce document est consultable dans le manuel de prélèvement »

**Transmettre tous les tubes au laboratoire à la fin du Test**

Nom Usuel du patient (ou étiquette) :

Prénom :

Nom de naissance :

Date de naissance :

N° de séjour :

Service :

INS :

**Prélèvement** : Date :

Heure :

Préleveur :

Eventuels incidents lors du prélèvement :

Renseignements cliniques :

Prescripteur :

Signature :

**PRESCRIPTION :**

**TEST AU SYNACTHENE RAPIDE** (cocher les examens demandés)

Enregistrer au laboratoire : **SYNAC** + éventuellement les codes pour les différents examens sous traités => **1 seul dossier pour tous les temps**

		T0 (à 8h00)	T30	T60
1 tube sec	<b>Cortisol</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1 tube sec	<b>17 OH progestérone</b>	<input type="checkbox"/> <i>Code OHPT0</i>	<input type="checkbox"/> <i>Code OHPT3</i>	<input type="checkbox"/> <i>Code OHPT6</i>
	<b>11 désoxycorticostérone</b>	<input type="checkbox"/> <i>Code DOCT0</i>	<input type="checkbox"/> <i>Code DOCT3</i>	<input type="checkbox"/> <i>Code DOCT6</i>
1 tube sec	<b>11 désoxycortisol</b>	<input type="checkbox"/> <i>Code COMT0</i>	<input type="checkbox"/> <i>Code COMT3</i>	<input type="checkbox"/> <i>Code COMT6</i>
1 tube sec	<b>21 désoxycortisol</b>	<input type="checkbox"/> <i>Code DFT0</i>	<input type="checkbox"/> <i>Code DFT30</i>	<input type="checkbox"/> <i>Code DFT60</i>