

# 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 Cockcroft : mL/min  
ou Clairance MDRD : mL/min  
ou Clairance CKD-EPI : mL/min

Omnipaque 300 :  
5 min IVD

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

Heure d'injection (T0) :

Noter heure exacte de  
prélèvement au bras  
contro-latéral

T2h :

T2,5h :

T3h :

T3,5h :

T4h\* :

T4,5h\* :

\* À prélever si clairance  
Cockcroft < 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