

CLAIRANCE du IOHEXOL

DATE : / /

IDENTIFICATION DU PATIENT

Nom de naissance :
 Nom d'usage :
 Prénom :
 Date de naissance :/...../.....
 Sexe : ☐ M ☐ F

SERVICE DEMANDEUR

Médecin prescripteur :
 Téléphone :
 Fax :
 Adresse / cachet du demandeur :
 Nom préleveur :

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

Taille : m
 Poids : kg
 Clairance Cockcroft : mL/min
 ou Clairance MDRD : mL/min
 ou Clairance CKD-EPI : mL/min

DFG estimé

Omnipaque 300* :
5 mL* en 2 min IVD

INJECTION T0 :
 :

Noter l'heure exacte de l'injection et des
 prélèvements au bras contralatéral

*Si différent, préciser :

Heure du prélèvement 1
 :

Heure du prélèvement 2
 :

Heure du prélèvement 3
 :

Heure du prélèvement 4
 :

Heure du prélèvement 5 (facultatif)
 :

Prélever un tube hépariné sans séparateur (bouchon vert) par temps, définis par le DFG estimé : minimum 4 prélèvements, avec obligatoirement le premier et le dernier (Référence : N. Ebert et al. Kidney International (2024) 106, 583–596; <https://doi.org/10.1016/j.kint.2024.06.029>)

Si DFG estimé $> 60 \text{ mL/min/1,73m}^2$,

prélever à T0+2h00 ; T0+2h30 ; T0+3h00 ; T0+3h30 ; T0+4h00

Si DFG estimé entre 30 et 59 mL/min/1,73m²,

prélever à T0+3h00 ; T0+4h00 ; T0+5h00 ; T0+6h00 ; T0+7h00

Si DFG estimé $< 30 \text{ mL/min/1,73m}^2$,

prélever à T0+4h00 ; T0+5h00 ; T0+6h00 ; T0+7h00 ; T0+8h00