

# 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 préteur : .....

## RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

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

DFG estimé

**Omnipaque 300\* :**  
**5 mL\* en 2 min IVD**

**INJECTION T0 :**  
 ..... : .....

\*Si différent, préciser : .....

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

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 mL/min/1,73m<sup>2</sup>,

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

Si DFG estimé entre 30 et 59 mL/min/1,73m<sup>2</sup>,

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

Si DFG estimé < 30 mL/min/1,73m<sup>2</sup>,

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