

PATIENT (coller l'étiquette patient si disponible)

Nom : Sexe : H / F
Nom de naissance :
Prénom :
D.D.N : / / Lieu :
Adresse :
CP / Ville :
Email :
N° de téléphone :

TUTEUR (dans le cas d'un patient mineur ou sous curatelle)

Nom : Sexe : H / F
né(e) :
Prénom :
Date de naissance : / /
Mail :

TIERS PAYANT

N° SS :
Caisse :
Mutuelle :

TRANSMISSION DES RÉSULTATS

Patient Serveur de résultat (merci de noter l'email) Au laboratoire
 Mail (merci de noter l'email) Via la Pharmacie
 Via l'infirmière Courrier (en l'absence d'autre choix)

IDE

Résultats envoyés selon les modalités convenues avec le laboratoire.
Cocher cette case si

Le patient **ne souhaite pas** que vous receviez ses résultats

Copie au médecin traitant :

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

Bilan de routine Grossesse
 Bilan diagnostic DDR : / /
 Bilan de suivi Poids : Kg

AUTRES RENSEIGNEMENTS :

.....
.....
.....

AUTORISATION DU PATIENT REQUISE SI

Analyses hors nomenclature (non remboursées)

Accepté Refusé

Analyses sans ordonnance

J'autorise le laboratoire à réaliser les analyses :
.....

Je suis informé des tarifs et des modalités de rendu des résultats

Signature du patient

PRÉLÈVEMENT

Date :/...../..... et Heure :h.....

Par :

IDE Titulaire (si remplaçante) :
Portable (si remplaçante) :

Prél. labo Sage-femme Médecin

Renouvellement d'étiquettes

Urgent Non à jeun Difficile Sans garrot

Nombre de tubes prélevés :

Urines / Selles : Apportées A venir

Ordonnance

Jointe Au laboratoire Plusieurs

Renouvelable : N° :

Médecin :

Date de prescription : / /

Bilan à réaliser :

SI GROUPE SANGUIN - RAI

Identité vérifiée par pièce d'identité OBLIGATOIRE
(CNI / Passeport - titre de séjour- livret de famille pour les enfants)

Préopératoire

Grossesse en cours

Fausse couche / IVG Le : / /

Antécédents transfusionnels et/ou RAI positive
Le : / /

Injection d'anti-D (Rophylac®), date et posologie :
.....

MÉDICAMENTS

Anticoagulant :

Cible INR : Posologie :

Médicament à doser :

Posologie :

Dernière prise : / / à h

Autre :

CONTRÔLE PAR LE LABORATOIRE (FACULTATIF)

Date de réception : / / Heure :h.....

Par :

Tubes reçus : BI Ja/Ro Ve Vi Gr Autre

Autres natures : Urines Selles

Autre

Conformité Prélèvement conforme Prélèvement non conforme