

PATIENT (coller l'étiquette patient si disponible)

Nom d'usage : Sexe : H / F
 Nom de naissance :
 Prénom de naissance :
 D.D.N :/...../..... Lieu de naissance :
 Adresse :
 CP / Ville :
 Email :

 Téléphone :

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

Nom d'usage : Sexe : H / F
 Prénom de naissance :
 D.D.N :/...../.....

TIERS PAYANT

N°SS :
 Caisse :
 Mutuelle :

TRANSMISSION DES RESULTATS

Patient :

- Internet : serveur de résultat (merci de noter l'email)
 Au laboratoire
 Courrier
 Autres :
IDE (résultats envoyés selon les modalités convenues avec le laboratoire)

Cocher la case ci-contre si le patient **ne souhaite pas** que vous receviez ses résultats

Double à un autre médecin :

PRELEVEMENT

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 : Jointes A venir

ORDONNANCE

Jointe Au laboratoire Multiples :

Renouvelable A venir

Médecin :

Analyses :

Date de prescription :/...../.....

SI GROUPE SANGUIN - RAI

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

Préopératoire

Grossesse en cours : DDR :/...../.....

Fausse couche / IVG : Date :/...../.....

Antécédents transfusionnels : Date :/...../.....

RAI positive connue : Date :/...../.....

Injection d'anti-D (Rhopylac) : date et posologie :

Antécédents greffe de moelle : Date :/...../.....

Prise de Daratumumab (Darzalex) :
 Date :/...../.....

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

- Bilan de routine
 Bilan de diagnostic
 Bilan de suivi
 Grossesse
 DDR/...../.....
 Si Cockroft : poids :Kg
 Si créat / DFG chez enfants : taille cm

AUTRES RENSEIGNEMENTS :

MEDICAMENTS :

Anticoagulant :

Cible INR : Posologie :

Médicament à doser :

Posologie :

Dernière prise le/...../..... àh.....

Autre :

AUTORISATION DU PATIENT REQUISE SI

Analyses hors nomenclature (non remboursées)

Acceptée 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 :

CONTROLE PAR LE LABORATOIRE (FACULTATIF)

Date de réception :/...../..... àh.....

Par :

Tubes reçus : **Bl** **Ja/Ro** : **Ve** : **Vi** : **Gr** :

Autre :

Autres natures : Urines Selles Autres :

Conformité : OUI NON (tracer une NC)