

PATIENT

Nom : _____ **Prénom :** _____ **Né(e) le :** _____
Nom de jeune fille : _____ **Sexe :** M F
Adresse : _____ **Tél :** _____

Si patient non connu par le laboratoire, joindre copie attestation caisse + copie carte mutuelle.

En l'absence de ces documents, renseigner les champs suivants :

Nom de l'assuré : _____ **N° SS :** _____
Caisse : _____ **Mutuelle :** _____
100% : oui non **si oui :** ALD CMU GROSSESSE AT

PRESCRIPTION

Nom du médecin prescripteur : _____

Ordo jointe

Ordo au labo

Ordo à venir

Dans ces 2 cas, préciser les examens demandés :

- _____ - _____ - _____

PRELEVEMENT

Nom / Prénom du préleveur : _____

Qualité : _____

Date du prélèvement : _____

Heure du prélèvement : _____

Nature : sang

urines, si urines de 24h diurèse =

écouvillons, nombre : _____

autres :

Nombre de tubes	Bleu	Violet	Rouge	Vert	Gris	Autres	Total

TRANSMISSION DES RESULTATS

URGENT

A faxer au :

A téléphoner au :

A récupérer au labo

A poster au patient

Ne pas poster au médecin

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

- Si INR, préciser :

Nom du médicament : _____

Posologie : _____

Indication : _____

Cible : _____

- Si dosage de médicament, préciser :

Nom du médicament : _____

Posologie : _____

Date et H dernière prise/injection : _____

- **Autres renseignements utiles (date des dernières règles, jour du cycle, fièvre...)** :

CADRE RÉSERVÉ AU LABORATOIRE

Réceptionné par : _____ **le** ____/____/____ **à** ____h____ Conforme Non conforme

Commentaires : _____



PATIENT

Nom : _____ **Prénom :** _____ **Né(e) le :** _____
Nom de jeune fille : _____ **Sexe :** M F
Adresse : _____ **Tél :** _____

Si patient non connu par le laboratoire, joindre copie attestation caisse + copie carte mutuelle.

En l'absence de ces documents, renseigner les champs suivants :

Nom de l'assuré : _____ **N° SS :** _____
Caisse : _____ **Mutuelle :** _____
100% : oui non **si oui :** ALD CMU GROSSESSE AT

PRESCRIPTION

Nom du médecin prescripteur :

Ordo jointe

Ordo au labo

Ordo à venir

Dans ces 2 cas, préciser les examens demandés :

- _____ - _____ - _____

PRELEVEMENT

Nom / Prénom du préleveur :

Qualité :

Date du prélèvement :

Heure du prélèvement :

Nature : sang

urines, si urines de 24h diurèse =

écouvillons, nombre :

autres :

Nombre de tubes	Bleu	Violet	Rouge	Vert	Gris	Autres	Total

TRANSMISSION DES RESULTATS

URGENT

A faxer au :

A téléphoner au :

A récupérer au labo

A poster au patient

Ne pas poster au médecin

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

- Si INR, préciser :

Nom du médicament :

Posologie :

Indication :

Cible :

- Si dosage de médicament, préciser :

Nom du médicament :

Posologie :

Date et H dernière prise/injection :

- **Autres renseignements utiles (date des dernières règles, jour du cycle, fièvre...)** :

CADRE RÉSERVÉ AU LABORATOIRE

Réceptionné par : _____ le ____/____/____ à ____h____ Conforme Non conforme

Commentaires :



PATIENT

Nom : _____ **Prénom :** _____ **Né(e) le :** _____
Nom de jeune fille : _____ **Sexe :** M F
Adresse : _____ **Tél :** _____

Si patient non connu par le laboratoire, joindre copie attestation caisse + copie carte mutuelle.

En l'absence de ces documents, renseigner les champs suivants :

Nom de l'assuré : _____ **N° SS :** _____
Caisse : _____ **Mutuelle :** _____
100% : oui non **si oui :** ALD CMU GROSSESSE AT

PRESCRIPTION

Nom du médecin prescripteur : _____

Ordo jointe

Ordo au labo

Ordo à venir

Dans ces 2 cas, préciser les examens demandés :

- _____ - _____
 - _____ - _____

PRELEVEMENT

Nom / Prénom du préleveur : _____

Qualité : _____

Date du prélèvement : _____

Heure du prélèvement : _____

Nature : sang

urines, si urines de 24h diurèse =

écouvillons, nombre : _____

autres :

Nombre de tubes	Bleu	Violet	Rouge	Vert	Gris	Autres	Total

TRANSMISSION DES RESULTATS

URGENT

A faxer au :

A téléphoner au :

A récupérer au labo

A poster au patient

Ne pas poster au médecin

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

- Si INR, préciser :

Nom du médicament : _____

Posologie : _____

Indication : _____

Cible : _____

- Si dosage de médicament, préciser :

Nom du médicament : _____

Posologie : _____

Date et H dernière prise/injection : _____

- **Autres renseignements utiles (date des dernières règles, jour du cycle, fièvre...) :**

CADRE RÉSERVÉ AU LABORATOIRE

Réceptionné par : _____ le ____/____/____ à ____h____ Conforme Non conforme

Commentaires :



PATIENT

Nom : _____ **Prénom :** _____ **Né(e) le :** _____
Nom de jeune fille : _____ **Sexe :** M F
Adresse : _____ **Tél :** _____

Si patient non connu par le laboratoire, joindre copie attestation caisse + copie carte mutuelle.

En l'absence de ces documents, renseigner les champs suivants :

Nom de l'assuré : _____ **N° SS :** _____
Caisse : _____ **Mutuelle :** _____
100% : oui non **si oui :** ALD CMU GROSSESSE AT

PRESCRIPTION

Nom du médecin prescripteur : _____

Ordo jointe

Ordo au labo

Ordo à venir

Dans ces 2 cas, préciser les examens demandés :

- _____ - _____ - _____

PRELEVEMENT

Nom / Prénom du préleveur : _____

Qualité : _____

Date du prélèvement : _____

Heure du prélèvement : _____

Nature : sang

urines, si urines de 24h diurèse =

écouvillons, nombre : _____

autres :

Nombre de tubes	Bleu	Violet	Rouge	Vert	Gris	Autres	Total

TRANSMISSION DES RESULTATS

URGENT

A faxer au :

A téléphoner au :

A récupérer au labo

A poster au patient

Ne pas poster au médecin

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

- Si INR, préciser :

Nom du médicament : _____

Posologie : _____

Indication : _____

Cible : _____

- Si dosage de médicament, préciser :

Nom du médicament : _____

Posologie : _____

Date et H dernière prise/injection : _____

- **Autres renseignements utiles (date des dernières règles, jour du cycle, fièvre...)** :

CADRE RÉSERVÉ AU LABORATOIRE

Réceptionné par : _____ **le** ____/____/____ **à** ____h____ Conforme Non conforme

Commentaires : _____



PATIENT

Nom : _____ **Prénom :** _____ **Né(e) le :** _____
Nom de jeune fille : _____ **Sexe :** M F
Adresse : _____ **Tél :** _____

Si patient non connu par le laboratoire, joindre copie attestation caisse + copie carte mutuelle.

En l'absence de ces documents, renseigner les champs suivants :

Nom de l'assuré : _____ **N° SS :** _____
Caisse : _____ **Mutuelle :** _____
100% : oui non **si oui :** ALD CMU GROSSESSE AT

PRESCRIPTION

Nom du médecin prescripteur :

Ordo jointe

Ordo au labo

Ordo à venir

Dans ces 2 cas, préciser les examens demandés :

- _____ - _____ - _____

PRELEVEMENT

Nom / Prénom du préleveur :

Qualité :

Date du prélèvement :

Heure du prélèvement :

Nature : sang

urines, si urines de 24h diurèse =

écouvillons, nombre :

autres :

Nombre de tubes	Bleu	Violet	Rouge	Vert	Gris	Autres	Total

TRANSMISSION DES RESULTATS

URGENT

A faxer au :

A téléphoner au :

A récupérer au labo

A poster au patient

Ne pas poster au médecin

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

- Si INR, préciser :

Nom du médicament :

Posologie :

Indication :

Cible :

- Si dosage de médicament, préciser :

Nom du médicament :

Posologie :

Date et H dernière prise/injection :

- **Autres renseignements utiles (date des dernières règles, jour du cycle, fièvre...)** :

CADRE RÉSERVÉ AU LABORATOIRE

Réceptionné par : _____ le ____/____/____ à ____h____ Conforme Non conforme

Commentaires :

