

FICHE DE TRANSMISSION DES PRÉLÈVEMENTS**PATIENT**

Nom d'usage : Prénom : Date de naissance :
Nom de naissance : Sexe : M F
Adresse : Tél :

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

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

Nom / Prénom de l'assuré :

Caisse :

N° SS :

Mutuelle :

Exonération : ALD AT CMU GROSSESSE INVALIDITÉ STÉRILITÉ

PRESCRIPTION

Nom du médecin prescripteur :

Ordo jointe Ordo au labo Ordo à venir Dans ces 2 cas, préciser les examens demandés :

PRÉLÈVEMENT

Nom / Prénom du préleveur :

Qualité : IDE Médecin Sage-femme

Date du prélèvement :

Heure du prélèvement :

Nature de l'échantillon / site du prélèvement : Sang Urines Selles PV Autre :

TRANSMISSION DES RÉSULTATS

URGENT

A faxer au :

A téléphoner au :

Exemplaire patient : A récupérer au labo A poster Internet *Tél. portable* :

Exemplaire médecin : Prescripteur Autre(s) médecin(s) :

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

- INR** : Nom médicament = Indication = Cible =
- Dosage médicament** : Posologie = Date et H dernière prise/injection =
- Dosage hormonal** : Date des dernières règles =
- Examen sur urines de 24h** : Diurèse =
- ECBU** : Recueil : Deuxième jet Sondage évacuateur Sur sonde à demeure
Signes évocateurs d'infection urinaire : NON OUI
- Hémoculture** : Voie périphérique VVC Cathéter artériel
- Fièvre** : NON OUI
- Antibiotiques / antifongiques en cours** : NON OUI, préciser :
- Femme enceinte** : NON OUI
- Autres renseignements utiles** :

CADRE RÉSERVÉ AU LABORATOIRE

Réceptionné par : le ____ / ____ / ____ à ____ h ____ Conforme Non conforme

Commentaires :

