

LAFAYETTE
CROIX-ROUSSE
LOUP PENDU
LES VERCHERES
CARREAU

294 cours Lafayette 69003 LYON
9 place de la Croix-Rousse 69004 LYON
545 avenue Victor Hugo 69140 RILLIEUX LA PAPE
60 avenue de l'Europe 69140 RILLIEUX LA PAPE
68 avenue de Verdun 69330 MEYZIEU

Tél. 04 37 69 73 23
Tél. 04 78 28 37 16
Tél. 04 37 85 09 70
Tél. 04 78 88 83 92
Tél. 04 78 04 07 20

FICHE DE TRANSMISSION DES PRÉLÈVEMENTS

PATIENT

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

Pour groupe sanguin/RAI, transmettre au laboratoire une copie/photo d'un document officiel d'identité.

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 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/TP/TCA : Traitement anticoagulant AVK AOD Héparine Autre :
- Indication et cible **UNIQUEMENT** si AVK :
- 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
- ATCD Transfusion Greffe moelle Injection gammaglobulines Rophylac | Date:
- Autres renseignements utiles :

CADRE RÉSERVÉ AU LABORATOIRE

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

Commentaires :

