

FICHE DE TRANSMISSION DE PRELEVEMENT - DE-PREAN-MU0-015-v01

Prélèvement effectué le _____ à _____ h _____ par _____

Les résultats sont disponibles au laboratoire dans les délais prévus par le manuel de prélèvement et sont communiqués au médecin prescripteur.

Demandes spécifiques : envoi par courrier au patient envoi au médecin traitant(Nom)

 Laboconnect Fax ou tel au prescripteur pas d'envoi au prescripteur (demande patient)
 Demande urgence médicale (l'échantillon doit être amené au labo dans l'heure qui suit le prélèvement) autres.....
IDENTIFICATION DU PATIENT Sexe : M F Nom d'usage : Prénom :

Nom de naissance (OBLIGATOIRE): Tel :

Date de naissance : N° Sécu : Mutuelle :

Adresse :

Prescription fournie oui non Prescription renouvelable au labo (Date prescription :Nom du prescripteur)**RENSEIGNEMENTS CLINIQUES APRES ACCORD DU PATIENT**Poids patient (créatinine) : A jeun : oui non **GROSSESSE** : Date de début de grossesse

Signes cliniques (fièvre, douleurs) :

Voyage récent à l'étranger (si oui préciser lieu) :

Hospitalisation récente (si oui préciser date) :

Traitement médical - dosage/posologie/heure dernière prise :

Si TP INR traitement : **Préviscan** () / **Coumadine** () / **Sintrom** () / **Minisintrom** ()

Coller étiquette fiche suivieuse
avec heure de réception +
paraphe de la personne ayant
réceptionné le prélèvement +
renseignement sur la conformité
administrative du prélèvement.

TYPE ECHANTILLONS RECU AU LABORATOIRE (cadre réservé à l'administration au laboratoire)Prélèvement **Sang** : tubes (bleu) (rouge) (vert) (violet) (gris) / **Urines** : / **Autres** :**FICHE DE TRANSMISSION DE PRELEVEMENT - DE-PREAN-MU0-015-v01**

Prélèvement effectué le _____ à _____ h _____ par _____

Les résultats sont disponibles au laboratoire dans les délais prévus par le manuel de prélèvement et sont communiqués au médecin prescripteur.

Demandes spécifiques : envoi par courrier au patient envoi au médecin traitant(Nom)

 Laboconnect Fax ou tel au prescripteur pas d'envoi au prescripteur (demande patient)
 Demande urgence médicale (l'échantillon doit être amené au labo dans l'heure qui suit le prélèvement) autres.....
IDENTIFICATION DU PATIENT Sexe : M F Nom d'usage : Prénom :

Nom de naissance (OBLIGATOIRE): Tel :

Date de naissance : N° Sécu : Mutuelle :

Adresse :

Prescription fournie oui non Prescription renouvelable au labo (Date prescription :Nom du prescripteur)**RENSEIGNEMENTS CLINIQUES APRES ACCORD DU PATIENT**Poids patient (créatinine): A jeun : oui non **GROSSESSE** : Date de début de grossesse

Signes cliniques (fièvre, douleurs) :

Voyage récent à l'étranger (si oui préciser lieu) :

Hospitalisation récente (si oui préciser date) :

Traitement médical - dosage/posologie/heure dernière prise :

Si TP INR traitement : **Préviscan** () / **Coumadine** () / **Sintrom** () / **Minisintrom** ()

Coller étiquette fiche suivieuse
avec heure de réception +
paraphe de la personne ayant
réceptionné le prélèvement +
renseignement sur la conformité
administrative du prélèvement.

TYPE ECHANTILLONS RECU AU LABORATOIRE (cadre réservé à l'administration au laboratoire)Prélèvement **Sang** : tubes (bleu) (rouge) (vert) (violet) (gris) / **Urines** : / **Autres** :