

## PATIENT

À jeun :  oui  non

Nom : ..... Prénom : ..... Date de naissance : ...../...../.....  
 Nom de naissance : ..... Sexe : M F Poids : ..... kg  
 Adresse : .....  
 Tél : ..... E-mail : .....  
 Médecin prescripteur : .....  urgence  Ordo renouvelable déjà au labo  
 Résultats patient :  Au labo  Poste  SMS pour résultats longs  Serveur








Nom caisse SECU : ..... Numéro : ..... Exonération : .....  accident travail

Nom Mutuelle : ..... Code AMC : ..... Date péremption : .....

## PRÉLÈVEMENT

Date du prélèvement : ...../...../..... Heure du prélèvement : ...../..... Réalisé par : .....

Nombre et type de tubes prélevés : *veuillez indiquer pour chaque sorte le nombre de tubes prélevés*

 Bouchon rouge **court** (sec gel)   Bouchon jaune **court** (sec gel)   Bouchon gris (fluorure)  
  Bouchon rouge **long** (sec gel)   Bouchon jaune **long** (sec gel)  Urines CBU (*rens. cliniques obligatoires*)  
  Bouchon violet (EDTA)   Bouchon bleu (citrate)  Autre précisez : .....

Renseignements cliniques :  Fièvre, en °C : .....  Diabète  Grossesse, date début : .....  Traitement ATB, lequel : .....  
 Brulures mictionnelles  Pollakiurie  Sonde à demeure

Autre traitement (AVK, si RAI inj rophylac, ...) ou contexte clinique : ..... Problème rencontré : .....

## Réserve au laboratoire

Réceptionné le ...../...../..... à ...../.....

Conformité de l'échantillon :  oui  non

Site : .....

Par (initiales) : .....

NC déclarée :  oui  non

## PATIENT

À jeun :  oui  non

Nom : ..... Prénom : ..... Date de naissance : ...../...../.....  
 Nom de naissance : ..... Sexe : M F Poids : ..... kg  
 Adresse : .....  
 Tél : ..... E-mail : .....  
 Médecin prescripteur : .....  urgence  Ordo renouvelable déjà au labo  
 Résultats patient :  Au labo  Poste  SMS pour résultats longs  Serveur








Nom caisse SECU : ..... Numéro : ..... Exonération : .....  accident travail

Nom Mutuelle : ..... Code AMC : ..... Date péremption : .....

## PRÉLÈVEMENT

Date du prélèvement : ...../...../..... Heure du prélèvement : ...../..... Réalisé par : .....

Nombre et type de tubes prélevés : *veuillez indiquer pour chaque sorte le nombre de tubes prélevés*

 Bouchon rouge **court** (sec gel)   Bouchon jaune **court** (sec gel)   Bouchon gris (fluorure)  
  Bouchon rouge **long** (sec gel)   Bouchon jaune **long** (sec gel)  Urines CBU (*rens. cliniques obligatoires*)  
  Bouchon violet (EDTA)   Bouchon bleu (citrate)  Autre précisez : .....

Renseignements cliniques :  Fièvre, en °C : .....  Diabète  Grossesse, date début : .....  Traitement ATB, lequel : .....  
 Brulures mictionnelles  Pollakiurie  Sonde à demeure

Autre traitement (AVK, si RAI inj rophylac, ...) ou contexte clinique : ..... Problème rencontré : .....

## Réserve au laboratoire

Réceptionné le ...../...../..... à ...../.....

Conformité de l'échantillon :  oui  non

Site : .....

Par (initiales) : .....

NC déclarée :  oui  non