

PATIENT

À jeun : oui non

Nom : Prénom : Date de naissance :/...../.....
 Nom de naissance : Sexe : M F Poids : kg
 Adresse :

Pour les groupes sanguins - document d'identité officiel : oui N° du document : non

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*

<input type="checkbox"/>  Bouchon rouge court (sec gel)	<input type="checkbox"/>  Bouchon jaune court (sec gel)	<input type="checkbox"/>  Bouchon gris (fluorure)
<input type="checkbox"/>  Bouchon rouge long (sec gel)	<input type="checkbox"/>  Bouchon jaune long (sec gel)	<input type="checkbox"/> Urines CBU (<i>rens. cliniques obligatoires</i>)
<input type="checkbox"/>  Bouchon violet (EDTA)	<input type="checkbox"/>  Bouchon bleu (citrate)	<input type="checkbox"/> 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 rhophylac, ...) ou contexte clinique : Problème rencontré :

Réservé 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 :

Pour les groupes sanguins - document d'identité officiel : oui N° du document : non

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*

<input type="checkbox"/>  Bouchon rouge court (sec gel)	<input type="checkbox"/>  Bouchon jaune court (sec gel)	<input type="checkbox"/>  Bouchon gris (fluorure)
<input type="checkbox"/>  Bouchon rouge long (sec gel)	<input type="checkbox"/>  Bouchon jaune long (sec gel)	<input type="checkbox"/> Urines CBU (<i>rens. cliniques obligatoires</i>)
<input type="checkbox"/>  Bouchon violet (EDTA)	<input type="checkbox"/>  Bouchon bleu (citrate)	<input type="checkbox"/> 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 rhophylac, ...) ou contexte clinique : Problème rencontré :

Réservé au laboratoire

Réceptionné le/...../..... à/.....

Conformité de l'échantillon : oui non

Site :

Par (initiales) :

NC déclarée : oui non