

## Formulaire - fiche de prélèvement

A jeun : ☐ oui ☐ non

### Patient

Nom : ..... Prénom : .....  
 Nom de naissance : ..... Date de naissance : .....  
 Sexe : ..... Poids : .....  
 Adresse : .....  
 Pour les groupes sanguins : document d'identité officiel : ☐ oui n° du document ..... ☐ non  
 Tél. : ..... e-mail : .....  
 Médecin prescripteur : ..... ☐ urgence ☐ Ordo renouvelable au labo  
 Résultats patient : ☐ Au labo ☐ Poste ☐ SMS pour résultats longs ☐ Serveur

Nom caisse SECU : ..... Numéro : ..... Exonération : ..... ☐ Accident du travail  
 Nom Mutuelle : ..... Code AMC ..... Date de péremption .....

### Prélèvement

Le préleveur est responsable de la gestion de ses déchets

Date du prélèvement : ..... Heure du prélèvement ..... Réalisé par .....  
☐ 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) ☐ Autres précisez : .....  
 Renseignements cliniques : ☐ Fièvre en °C ☐ Diabète ☐ Grossesse, date début ☐ Traitement ATB lequel .....  
☐ Brûlures mictionnelles ☐ Pollakiurie ☐ Sonde à demeure  
 Autre traitement (AVK, si RAI ini 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

## Formulaire - fiche de prélèvement

A jeun : ☐ oui ☐ non

### Patient

Nom : ..... Prénom : .....  
 Nom de naissance : ..... Date de naissance : .....  
 Sexe : ..... Poids : .....  
 Adresse : .....  
 Pour les groupes sanguins : document d'identité officiel : ☐ oui n° du document ..... ☐ non  
 Tél. : ..... e-mail : .....  
 Médecin prescripteur : ..... ☐ urgence ☐ Ordo renouvelable au labo  
 Résultats patient : ☐ Au labo ☐ Poste ☐ SMS pour résultats longs ☐ Serveur

Nom caisse SECU : ..... Numéro : ..... Exonération : ..... ☐ Accident du travail  
 Nom Mutuelle : ..... Code AMC ..... Date de péremption .....

### Prélèvement

Le préleveur est responsable de la gestion de ses déchets

Date du prélèvement : ..... Heure du prélèvement ..... Réalisé par .....  
☐ 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) ☐ Autres précisez : .....  
 Renseignements cliniques : ☐ Fièvre en °C ☐ Diabète ☐ Grossesse, date début ☐ Traitement ATB lequel .....  
☐ Brûlures mictionnelles ☐ Pollakiurie ☐ Sonde à demeure  
 Autre traitement (AVK, si RAI ini 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