

Préleveur : Date : __ / __ / __ Heure : __ h __ Acte Unique (MAU)

Nb tubes	Bleu	Mauve	Jaune	Rouge	Gris	Vert	Autre	Total

IDENTIFICATION DU PATIENT : Id. vérifiée (carte id./passeport/permis) Etiquettes patients

Nom: Prénom :

Sexe: M / F DDN: __/__/____ **Nom de naissance :**

Adresse : Tel :

..... Port :

 Confidentiel A poster Consultation Internet (e-mail) :

Autorisation de transmission de mes résultats à mon infirmier(e) :

 Oui, ce dossier Non Signature :**IDENTIFICATION DE LA PRESCRIPTION :**Médecin:..... Urgent A faxer

Cause ALD :

 Ordonnance renouvelable au laboratoire Ordonnance jointe

Ou examens demandés :

Préleveur : Date : __ / __ / __ Heure : __ h __ Acte Unique (MAU)

Nb tubes	Bleu	Mauve	Jaune	Rouge	Gris	Vert	Autre	Total

IDENTIFICATION DU PATIENT : Id. vérifiée (carte id. / passeport / permis) Etiquettes patients

Nom: Prénom :

Sexe: M / F DDN: __/__/____ **Nom de naissance :**

Adresse : Tel :

..... Port :

 Confidentiel A poster Consultation Internet (e-mail) :

Autorisation de transmission de mes résultats à mon infirmier(e) :

 Oui, ce dossier Non Signature :**IDENTIFICATION DE LA PRESCRIPTION :**Médecin:..... Urgent A faxer

Cause ALD :

 Ordonnance renouvelable au laboratoire Ordonnance jointe

Ou examens demandés :

PRELEVEMENTS SANGUINS:**RENSEIGNEMENTS INR**Traitt.: Préviscan Coumadine NACOs Posologie : Sintrom Mini-SintromIndic.: Arythmie METV IDM Proth. Valv. Valvulopathie mitrale**RENSEIGNEMENTS CLINIQUES NECESSAIRES POUR LES EXAMENS SUIVANTS :****Créatinine** Poids : kg**EAL, Glycémie** (à jeun 12 heures) Non Oui**Ferritine, Fer** (prise de fer < 3 mois) Non Oui**Hormones** (FSH, LH, PRL, OEST, HCG...) Date dernières règles : __ / __ / __**HBPM ou HNF (entourer)** Poso : Délai après inj : h ou continue**Thyroïde** (TSH, T4, T3) Levothyrox Néomercazol Biotine / Qizenday Pas de traitement**Vitamines** (prise récente) Vit. D B12 Folates Pas TT**Médicaments** (avant prise) Nom : le / à h Chimiothérapie Régime particulier (Vegan / sans gluten/...)**PRELEVEMENTS BACTERIOLOGIQUES :** Date : __ / __ / __ Heure : __ h __ Urines Conservation : à temp.ambiante réfrigéréFièvre Oui Non Brulure mictionnelle Oui NonRecueil : 1^{er} jet 2^{ème} jet Sondage droite/gauche Stomie droite / gauche Autre mode de recueil : Selles Crachats Peau : site : Plaie : site : Hémoculture (température : °C) site : périph. sur PAC sur KT Autre :**TRAITEMENT** Antibiotique Antifongique Local Général

Renseignements ou problèmes divers :

Date et heure de réception au laboratoire : le __ / __ / __ à __ h __ Réceptionné par :

Remarque :

PRELEVEMENTS SANGUINS:**RENSEIGNEMENTS INR**Traitt.: Préviscan Coumadine NACOs Posologie : Sintrom Mini-SintromIndic.: Arythmie METV IDM Proth. Valv. Valvulopathie mitrale**RENSEIGNEMENTS CLINIQUES NECESSAIRES POUR LES EXAMENS SUIVANTS :****Créatinine** Poids : kg**EAL, Glycémie** (à jeun 12 heures) Non Oui**Ferritine, Fer** (prise de fer < 3 mois) Non Oui**Hormones** (FSH, LH, PRL, OEST, HCG...) Date dernières règles : __ / __ / __**HBPM ou HNF (entourer)** Poso : Délai après inj : h ou continue**Thyroïde** (TSH, T4, T3) Levothyrox Néomercazol Biotine / Qizenday Pas de traitement**Vitamines** (prise récente) Vit. D B12 Folates Pas TT**Médicaments** (avant prise) Nom : le / à h Chimiothérapie Régime particulier (Vegan / sans gluten/...)**PRELEVEMENTS BACTERIOLOGIQUES :** Date : __ / __ / __ Heure : __ h __ Urines Conservation : à temp.ambiante réfrigéréFièvre Oui Non Brulure mictionnelle Oui NonRecueil : 1^{er} jet 2^{ème} jet Sondage droite/gauche Stomie droite / gauche Autre mode de recueil : Selles Crachats Peau : site : Plaie : site : Hémoculture (température : °C) site : périph. sur PAC sur KT Autre :**TRAITEMENT** Antibiotique Antifongique

Renseignements ou problèmes divers :

Date et heure de réception au laboratoire : le __ / __ / __ à __ h __ Réceptionné par :

Remarque :