

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) : **Non transmission** de mes résultats à mon infirmier(e) ou autre à préciser :**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) : **Non transmission** de mes résultats à mon infirmier(e) ou autre à préciser :**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 OuiFerritine, Fer (prise de fer < 3 mois) Non OuiTroponine (douleur thoracique < 6h) 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 traitementVitamines (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 OuiFerritine, Fer (prise de fer < 3 mois) Non OuiTroponine (douleur thoracique < 6h) 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 traitementVitamines (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 :