

Résultat urgent : Oui Non

Nom / Prénom IDE :

Téléphone :

Signature :

Autre médecin destinataire :

IDENTIFICATION DU PATIENT

Nom : _____ Prénom : _____
 Nom de jeune fille : _____ Sexe : M F
 Date de naissance : _____ **Poids :** _____ Grossesse : Oui Non
 Adresse / BP : _____ Nom de l'assuré : _____
 Téléphone : _____ Date de naissance de l'assuré : _____
 Mail : _____

PRESCRIPTION

Médecin prescripteur / Sage-Femme : _____ Ordonnance : Au laboratoire
 Date : _____ Jointe
 Renouvellement
 A suivre

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS				
Statut	Numéro	Longue Maladie	Maternité	Validité
CAFAT				
Aide M Sud ABC				
Aide M Nord / Iles				
Accident du travail				Feuille Rose
Autre cas				

PRELEVEMENT

Date : _____ **Heure :** _____

Tube	CITRATE *Tube rempli Hémostase D-Dimères	SEC Médicament	SST (Sec gel) Chimie Sérologie Marqueurs Tumoraux CDT *A défaut tube rouge	HEPARINE Ionogramme Troponine NT-BNP	EDTA NFS Groupe HbA1c - VS PTH-ACTH BNP Dialyse Ciclo / Tacro	FLUORURE Glycémie	URINES Echantillon Bactério chimie	URINES Echant. 24H
Nombre								

Prélèvements bactériologiques / Parasitologiques :

Diurèse 24H : ml

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

Patient à jeun : Oui Non Heure dernier repas : _____
 Traitement : _____ Heure prise de traitement : _____ Posologie AVK : _____

PARTIE RESERVEE AU LABORATOIRE

Date : _____ Heure de réception : _____ Par : _____
 Echantillon conforme : Oui Non Etiquette : _____
 Remarque : _____

Autorisation de transmission de résultats biologiques

Je soussigné Mme / Mr Autorise Mme
/ Mr à récupérer mes résultats au
laboratoire ou sur le serveur internet de résultats Calédobio.

A Le.....

Signature