

Nom / Prénom IDE (ou tampon) :
Téléphone :

Signature :

Autre médecin destinataire :

Résultat urgent : ☐ Oui / ☐ Non

IDENTIFICATION DU PATIENT

Déclare avoir vérifié l'identité à partir d'une pièce officielle avec photo (carte d'identité, passeport)

Pièce vérifiée : ☐ Carte d'identité ☐ Passeport

Nom de naissance : 1^{er} Prénom :

Nom utilisé (*obligatoire si présent sur pièce d'identité avec groupe sanguin / RAI*) :

Sexe ☐ F / ☐ M

Date de naissance

Grossesse : ☐ Oui / ☐ Non

Adresse / BP :

Nom de l'assuré

Téléphone :

Date de naissance de l'assuré

Mail :

PRESCRIPTION

Médecin prescripteur / Sage-Femme :

Ordonnance :

Date :

- ☐ Au laboratoire
☐ 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 Séro. M.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 : site de prélèvement : préciser

Diurèse 24H : ml

ECBU : mode de recueil : ☐ 2eme jet ☐ Autre : préciser

Signes d'infection urinaire ? : Oui ☐ Non ☐

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
CALEDOBIO.

A Le.....

Signature du patient