

FICHE DE TRANSMISSION DES PRELEVEMENTS SANGUINS

PRELEVEUR

IDENTITE..... Date et heure du prélèvement.....
 N° de tél pour IDE remplaçant :
 Tubes prélevés VIOLET ROUGE VERT BLEU GRIS Demande
 d'étiquettes patient
 Nombre

PATIENT

NOM d'usage Date de naissance.....
 Prénom Sexe M F
 Nom de naissance
 (obligatoire si
 groupe/RAI)
 Adresse :.....
 Tél :
Si patient non connu au laboratoire, joindre copie attestation Vitale + mutuelle ou renseigner
 N° SS : Caisse RMO :
 Mutuelle : N°
 AMC :
 Exonération ALD AT CMU Grossesse Invalidité Stérilité

PRESCRIPTION

Prescripteur : Médecin traitant :
 Ordonnance ci-joint Au labo Suite Non
 conformité
 Le patient demande la réalisation des analyses suivantes / analyses hors nomenclature
 « J'aurai la charge financière des analyses énoncées ci-dessus »
 Bon pour accord : Signature

TRANSMISSION DES RESULTATS

URGENT A faxer au : (fax médical uniquement)
 Exemplaire patient Internet Au labo A poster
 (tél portable indispensable)

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

Patient à jeun de 12 h OUI NON

TP/INR	Dosage médicaments	Hormonologie :	RAI
<input type="checkbox"/> Previscan	Nom :	grossesse	<input type="checkbox"/> Transfusion ?
<input type="checkbox"/> Sintrom	Date et H dernière prise	DDR :	<input type="checkbox"/> Grossesse ?
<input type="checkbox"/> Coumadine	Posologie		<input type="checkbox"/> Rophylac ?
<input type="checkbox"/> Autre	Cible :		

Cadre réservé au laboratoire PAN 015 V7 appliquée le 17/09/19

Préparation	Réceptionné par :	Date, heure :	Portoir :
Date :	EDTA	Sec	Héparinate Citrate Fluorure Autre
Paraphe :	Conformité/COM/NONCO		

FICHE DE TRANSMISSION DES PRELEVEMENTS SANGUINS

PRELEVEUR

IDENTITE..... Date et heure du prélèvement.....
 N° de tél pour IDE remplaçant :
 Tubes prélevés VIOLET ROUGE VERT BLEU GRIS Demande
 d'étiquettes patient
 Nombre

PATIENT

NOM d'usage Date de naissance.....
 Prénom Sexe M F
 Nom de naissance
 (obligatoire si
 groupe/RAI)
 Adresse :.....
 Tél :
Si patient non connu au laboratoire, joindre copie attestation Vitale + mutuelle ou renseigner
 N° SS : Caisse RMO :
 Mutuelle : N°
 AMC :
 Exonération ALD AT CMU Grossesse Invalidité Stérilité

PRESCRIPTION

Prescripteur : Médecin traitant :
 Ordonnance ci-joint Au labo Suite Non
 conformité
 Le patient demande la réalisation des analyses suivantes / analyses hors nomenclature
 « J'aurai la charge financière des analyses énoncées ci-dessus »
 Bon pour accord : Signature

TRANSMISSION DES RESULTATS

URGENT A faxer au : (fax médical uniquement)
 Exemplaire patient Internet Au labo A poster
 (tél portable indispensable)

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

Patient à jeun de 12 h OUI NON

TP/INR	Dosage médicaments	Hormonologie :	RAI
<input type="checkbox"/> Previscan	Nom :	grossesse	<input type="checkbox"/> Transfusion ?
<input type="checkbox"/> Sintrom	Date et H dernière prise	DDR :	<input type="checkbox"/> Grossesse ?
<input type="checkbox"/> Coumadine	Posologie		<input type="checkbox"/> Rophylac ?
<input type="checkbox"/> Autre	Cible :		

Cadre réservé au laboratoire PAN 015 V7 appliquée le 17/09/19

Préparation	Réceptionné par :	Date, heure :	Portoir :
Date :	EDTA	Sec	Héparinate Citrate Fluorure Autre
Paraphe :	Conformité/COM/NONCO		