

Adresse des patients - Service Urgence : 05 62 27 55 55
 Plateau Clinique - Service Urgence : 05 62 27 55 55
 Cabinet Médical du Dr. Olivier Lecomte - PAILHES 05 62 27 55 55
 Cabinet de Médecin - Unité Diagnostic : 05 62 27 55 55
 Plateau de Tests - PAILHES 05 62 27 55 55
 Adresse des patients - Service Urgence : 05 62 27 55 55
 Plateau Clinique - Service Urgence : 05 62 27 55 55
 Cabinet Médical du Dr. Olivier Lecomte - PAILHES 05 62 27 55 55
 Cabinet de Médecin - Unité Diagnostic : 05 62 27 55 55
 Plateau de Tests - PAILHES 05 62 27 55 55

FICHE DE TRANSMISSION DES PRELEVEMENTS

NOM : **NOM de naissance**
Prénom : **Si groupe, identité contrôlée sur pièce Identité**
Date de Naissance : **Sexe :** M F
Adresse :
Téléphone :
N° Sécurité Sociale : [_ | _ | _ | _ | _ | _ | _] | _ | _ |
Caisse principale :
 Prise en charge 100 % : OUI NON Cause :
 CMU ALD Invalidité **Si AT** date :
Mutuelle : Nom : N° préfectoral
 N° adhérent
Si renouvellement, analyses sur ordonnance en renouvellement :

Résultat (et facture Patient si pas de Tiers Payant) :

A POSTER au patient A RETIRER par le patient au Laboratoire
 Par INTERNET au patient = Adresse mail
 TP INR – Oestradiol par SMS au patient = N° de portable
 A FAXER au médecin A TELEPHONER au médecin
 Accord du patient pour transmettre INR – Plaquette – Glycémie à IDE

MOTIF DU BILAN

- Contrôle – suivi** **Autre :**

Traitement médicamenteux :

Si **TP INR** prescrit, préciser la **spécialité prescrite / posologie / heure dernière prise** :

Si **dosage de médicament**, préciser date/heure de la dernière prise :

Si contexte **chimiothérapie/radiothérapie** : Si **RAI** notion injection Rophylac :

Si **Estradiol** : Stimulation – jour du traitement :

Si **test de grossesse**, préciser la date des dernières règles :

Autres (pathologie, traitement, vaccination...) :

Si **conditions préanalytiques non respectées** pour l'analyse, préciser :

Prélevé par : **Date :** **Heure :**
A jeun **Nbre d'échantillons :** **Difficultés de prélèvement**

RECEPTION au laboratoire par : **Conforme** **Non conforme**
 Si ≠ de l'enregistrement - **Date et heure :** **Echantillons :**

Gel	Sec	EDTA	EDTA	Fluoré	Citrate	Hép	Urines	Divers
-----	-----	------	------	--------	---------	-----	--------	--------