

Plateau technique - rue des Aigrettes - 44570 Trignac - Tél : 02-40-22-55-51

à transmettre impérativement avec la prescription originale (en ROUGE figurent les mentions obligatoires)

Code Barre Transport : _____ (Réservé au laboratoire)

IDENTIFICATION DU PATIENT

Nom du patient :

Nom de naissance :

Prénom :

Date de naissance : [] [] [] [] [] []

Sexe M F

Adresse :

Tél. : / / /

PRÉLÈVEMENT

Nom du préleveur :

Date de prélèvement : [] [] [] [] [] []

Heure de prélèvement :

GS/RAI : vérifier identité sur document officiel avec photo

Tubes prélevés : SEC gel : Hep gel : EDTA :

Citrate : Fluor : SEC : Hep :

Urines / selles à venir

PRISE EN CHARGE

N° Sécurité Sociale :

[] [] [] [] [] [] [] [] [] [] / [] []

Nom Caisse (ex. : CPAM, MSA...) :

Dép. : [] []

Pour effectuer le tiers-payant, fournir les justificatifs de
sécurité sociale (attestation) et de mutuelle.

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

A JEUN OUI NON

Traitement anticoagulant/thyroïde : Molécule :

Posologie : Cibles : 2 - 3 2,5 - 3,5

Dosage de médicaments : Dernière prise

Date : [] [] [] [] [] [] Heure :

Médicament : Posologie :

RAI : Injection de Rophylac : OUI NON si oui date :

[] [] [] [] [] []

Autres :

EN L'ABSENCE DE PRESCRIPTION

Analyses demandées :

Médecin destinataire :

Prescription à transmettre dans les plus brefs délais

RÉSULTATS (décret 2016-46 du 25/01/2016)

Sur le serveur internet : (Pour activer votre compte, envoyer un mail à informatique.biolaam@laborizon.fr)

Au laboratoire Autorise M. (me) à récupérer mes résultats Par courrier

N'autorise pas le préleveur à accéder à mes résultats.

Autre médecin destinataire :

PARTIE RÉSERVÉE AU LABORATOIRE

Réception : Date : Heure :

Nom du vérificateur :

Tubes prélevés : SEC gel : Hep gel : EDTA :

Citrate : Fluor : SEC : Hep :

Conformité OUI NON