Demande d'examens de laboratoire

IDENTITE PATIENT *(ou étiquette)*	**PRELEVEUR**
NOM :	Nom :
Prénom :	Date :
Nom de naissance :	Heure :
Né(e) le : Sexe : ☐ H ☐ F	

En cas de changement ou patient non connu du laboratoire

Adresse : Tél :

N° de sécurité sociale : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| Caisse :

Mutuelle : Validité jusqu'au :

Assuré (Si différent du patient) :

NOM : Prénom : Date de naissance :

Examens demandés *(ou joindre ordonnance)*

Nom du Prescripteur :

Date :
Signature :

Contexte clinique

☐ Bilan de contrôle

☐ Bilan pré-opératoire – Date intervention : / /

☐ Bilan ponctuel - Signes cliniques :

☐ Bilan suivi – Traitement / pathologie / grossesse / Post-opératoire :

☐ Autre :

A jeun : ☐ oui ☐ non

Renseignements cliniques obligatoires

Si Anticoagulant	☐ PREVISCAN ☐ SINTROM ☐ Autre : ☐ Héparine – Dernière prise le / / à h
Si groupe ou RAI	☐ RAS ☐ Transfusion - Date : / / ☐ Greffe Moelle osseuse ☐ Grossesse ☐ Rophylac - Date : / /
Si Test de grossesse	Dernières règles - Date : / /
Si Créatininémie	Poids : Kg

Délai

☐ Normal

☐ Prioritaire - Résultats pour : h

☐ Urgence (dépôt au laboratoire)

Transmission complémentaire des résultats

☐ Résultat à téléphoner au

☐ Résultats à faxer au

☐ Demande de création de compte internet
N° portable du patient :

Demande de matériel

Kit de prélèvement sanguin			Pot urine mycobactéries			Flacon stérile		
Kit ECBU			Kit expectorations			Flacon hémoculture (2+2)		
Kit Coproculture			Kit prélèvement grippe			e-Swab standard rose (x10)		
Kit Recueil de selle (Parasito-Viro)			Kit Prélèvement coqueluche			e-swab fin orange (x10)		
Kit Sang dans les selles			Milieu de transport virus			Kit Aptima Chlamydiae Gonocoques (x10)		
Tubes de purge (x10)			Tubes CTAD (x 5)			Microtube citrate-bleu (x5)		
Glucose			Autres : ……..					

11, Chemin de la belle au bois dormant
88000 ÉPINAL
Tél. 03 29 68 04 04 - Fax. 03 29 68 49 59
www.analysis.fr | contact@analysis.fr
SELARL Capital 301 518 €
RCS Epinal - SIREN 308 820 927