



Demande d'examens de laboratoire

IDENTITE PATIENT <i>(ou étiquette)</i>	PRELEVEUR
NOM :	Nom :
Prénom :	Date :
Nom de naissance :	Heure :
Né(e) le : Sexe : <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F	

Coordonnées du patient	
Adresse :	Tél :
N° de sécurité sociale : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Caisse :
Mutuelle :	Validité jusqu'au :
Assuré (Si différent du patient) :	
NOM :	Prénom : Date de naissance :

Examens demandés <i>(ou joindre ordonnance)</i>	
	Nom du Prescripteur :
	Date :
	Signature :

Contexte clinique
<input type="checkbox"/> Bilan de contrôle
<input type="checkbox"/> Bilan pré-opératoire – Date intervention : / /
<input type="checkbox"/> Bilan ponctuel - Signes cliniques :
<input type="checkbox"/> Bilan suivi – Traitement / pathologie / grossesse / post-opératoire
<input type="checkbox"/> Autre :
A jeun : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

Renseignements cliniques obligatoires	
Si Anticoagulant	<input type="checkbox"/> Previscan – Sintrom – Coumadine <input type="checkbox"/> Xarelto - Pradaxa <input type="checkbox"/> Autre : <input type="checkbox"/> Héparine – Dernière prise le / / à h
Si groupe ou RAI	<input type="checkbox"/> RAS <input type="checkbox"/> Transfusion - Date : / / <input type="checkbox"/> Greffe Moelle osseuse <input type="checkbox"/> Grossesse <input type="checkbox"/> Rophylac - Date : / /
Si Test de grossesse	Dernières règles - Date : / /
Si Créatininémie	Poids : kg

Délai
<input type="checkbox"/> Normal
<input type="checkbox"/> Prioritaire - Résultats pour : h
<input type="checkbox"/> Urgence (dépôt au laboratoire)

Transmission complémentaire des résultats
<input type="checkbox"/> Résultat à téléphoner au
<input type="checkbox"/> Résultats à faxer au
<input type="checkbox"/> Demande de création de compte internet N° portable du patient :
<input type="checkbox"/> Le patient refuse la communication de son résultat d'INR au préleveur

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