



Demande d'examens de laboratoire

IDENTITE PATIENT (ou étiquette)		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"/>	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
<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 - Eliquis <input type="checkbox"/> Calciparine - Dernière prise le / / à h <input type="checkbox"/> HBPM (Iovenox-Innohep-...) - 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 ses résultats au préleveur

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 (x5)	Microtube citrate-bleu (x5)
Glucose	Autres :	