

**IDENTIFICATION DU PATIENT**

**Nom** ..... Nom de jeune fille.....

**Prénom** ..... Sexe : M  F  **Date de naissance** : ...../...../...../

Adresse.....

Adresse mail :..... Téléphone : .....

**N° Sécurité Social de l'ASSURE(E)**: |...| |...|...| |...|...| |...|...| |...|...|...| |...|...|...| |...|...|

Régime : Local  Général  Maternité  Invalidité

Mutuelle.....N° AMC .....

Si le patient n'est pas l'assuré, précisez Nom, Prénom, DDN de l'assuré :

**PRESCRIPTION** : Ordonnance jointe  Ordonnance en possession du laboratoire

Médecin traitant, si différent du prescripteur.....

**MODALITES DE RENDU DES RESULTATS**

Degré d'urgence : normal / urgent - préciser délai d'urgence .....

**PRELEVEMENT** : Prélèvement effectué le : ...../...../ ..... A : ..... h ..... Nbre de tubes : .....

**Nom du préleveur**.....

**RENSEIGNEMENTS CLINIQUES** : A jeun  Non à jeun

Poids si clairance de la créatinine cockroft : .....

Date dernières règles (Si test de grossesse ou bilan hormonal) : ...../...../.....

Traitement médicamenteux en cours :

**Si traitement anti-coagulant :**  
 Préviscan / Caumadine / Sintron / Autre à préciser : .....  
 Kardégic / Plavix / Clopidogrel / Autre à préciser : .....  
 Posologie .....

**Prélèvement bactériologique**

Prise préalable d'antibiotiques Oui - Non  
 Si oui, lequel : .....  
 Période : .....

RAI  Date Transfusion : ...../...../.....  
 Date Injection gammaglobulines : ...../...../.....  
 Date de grossesse : ...../...../.....

Voyage à l'étranger .....

**IDENTIFICATION DU PATIENT**

**Nom** ..... Nom de jeune fille.....

**Prénom** ..... Sexe : M  F  **Date de naissance** : ...../...../...../

Adresse.....

Adresse mail :..... Téléphone : .....

**N° Sécurité Social de l'ASSURE(E)**: |...| |...|...| |...|...| |...|...| |...|...|...| |...|...|...| |...|...|

Régime : Local  Général  Maternité  Invalidité

Mutuelle.....N° AMC .....

Si le patient n'est pas l'assuré, précisez Nom, Prénom, DDN de l'assuré :

**PRESCRIPTION** : Ordonnance jointe  Ordonnance en possession du laboratoire

Médecin traitant, si différent du prescripteur.....

**MODALITES DE RENDU DES RESULTATS**

Degré d'urgence : normal / urgent - préciser délai d'urgence .....

**PRELEVEMENT** : Prélèvement effectué le : ...../...../ ..... A : ..... h ..... Nbre de tubes : .....

**Nom du préleveur**.....

**RENSEIGNEMENTS CLINIQUES** : A jeun  Non à jeun

Poids si clairance de la créatinine cockroft : .....

Date dernières règles (Si test de grossesse ou bilan hormonal) : ...../...../.....

Traitement médicamenteux en cours :

**Si traitement anti-coagulant :**  
 Préviscan / Caumadine / Sintron / Autre à préciser : .....  
 Kardégic / Plavix / Clopidogrel / Autre à préciser : .....  
 Posologie .....

**Prélèvement bactériologique**

Prise préalable d'antibiotiques Oui - Non  
 Si oui, lequel : .....  
 Période : .....

RAI  Date Transfusion : ...../...../.....  
 Date Injection gammaglobulines : ...../...../.....  
 Date de grossesse : ...../...../.....

Voyage à l'étranger .....