

| IDENTIFICATION DU PATIENT   |  |
|---|--|
| <b>Nom</b> .....  | Nom de jeune fille.....  |
| <b>Prénom</b> .....   | Sexe : M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> <b>Date de naissance</b> : ...../...../...../ |
| Adresse.....  |  |
| Adresse mail :..... Téléphone : .....   |  |
| <b>N° Sécurité Social de l'ASSURE(E)</b> :  ...   ... ...   ... ...   ... ...   ... ... ...   ... ... ...   ... ...                             |  |
| Régime : Local <input type="checkbox"/> Général <input type="checkbox"/> Maternité <input type="checkbox"/> Invalidité <input type="checkbox"/> |  |
| Mutuelle.....N° AMC .....   |  |
| <u>Si le patient n'est pas l'assuré, précisez Nom, Prénom, DDN de l'assuré :</u>  |  |
| <b>PRESCRIPTION</b> : Ordonnance jointe <input type="checkbox"/> Ordonnance en possession du laboratoire <input type="checkbox"/>               |  |
| Médecin traitant, si différent du prescripteur.....   |  |
| MODALITES DE RENDU DES RESULTATS  |  |
| Degré d'urgence : normal / urgent - préciser délai d'urgence .....  |  |
| <b>PRELEVEMENT</b> : Prélèvement effectué le : ...../...../ ..... <b>A</b> : ..... h ..... <b>Nbre de tubes</b> : .....                         |  |
| <b>Nom du préleveur</b> .....   |  |
| <b>RENSEIGNEMENTS CLINIQUES</b> : A jeun <input type="checkbox"/> Non à jeun  |  |
| Poids si clairance de la créatinine cockroft : .....  |  |
| Date dernières règles (Si test de grossesse ou bilan hormonal) : ...../...../.....  |  |
| Traitement médicamenteux en cours :   |  |
| <b>Si traitement anti-coagulant :</b>   |  |
| 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   | <input type="checkbox"/> Date Transfusion : ...../...../.....  |
|   | <input type="checkbox"/> Date Injection gammaglobulines : ...../...../.....                                |
|   | Date de grossesse : ...../...../.....  |
| Voyage à l'étranger .....   |  |

| IDENTIFICATION DU PATIENT   |  |
|---|--|
| <b>Nom</b> .....  | Nom de jeune fille.....  |
| <b>Prénom</b> .....   | Sexe : M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> <b>Date de naissance</b> : ...../...../...../ |
| Adresse.....  |  |
| Adresse mail :..... Téléphone : .....   |  |
| <b>N° Sécurité Social de l'ASSURE(E)</b> :  ...   ... ...   ... ...   ... ...   ... ... ...   ... ... ...   ... ...                             |  |
| Régime : Local <input type="checkbox"/> Général <input type="checkbox"/> Maternité <input type="checkbox"/> Invalidité <input type="checkbox"/> |  |
| Mutuelle.....N° AMC .....   |  |
| <u>Si le patient n'est pas l'assuré, précisez Nom, Prénom, DDN de l'assuré :</u>  |  |
| <b>PRESCRIPTION</b> : Ordonnance jointe <input type="checkbox"/> Ordonnance en possession du laboratoire <input type="checkbox"/>               |  |
| Médecin traitant, si différent du prescripteur.....   |  |
| MODALITES DE RENDU DES RESULTATS  |  |
| Degré d'urgence : normal / urgent - préciser délai d'urgence .....  |  |
| <b>PRELEVEMENT</b> : Prélèvement effectué le : ...../...../ ..... <b>A</b> : ..... h ..... <b>Nbre de tubes</b> : .....                         |  |
| <b>Nom du préleveur</b> .....   |  |
| <b>RENSEIGNEMENTS CLINIQUES</b> : A jeun <input type="checkbox"/> Non à jeun  |  |
| Poids si clairance de la créatinine cockroft : .....  |  |
| Date dernières règles (Si test de grossesse ou bilan hormonal) : ...../...../.....  |  |
| Traitement médicamenteux en cours :   |  |
| <b>Si traitement anti-coagulant :</b>   |  |
| 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   | <input type="checkbox"/> Date Transfusion : ...../...../.....  |
|   | <input type="checkbox"/> Date Injection gammaglobulines : ...../...../.....                                |
|   | Date de grossesse : ...../...../.....  |
| Voyage à l'étranger .....   |  |