

## INFORMATIONS PATIENT

NOM de naissance\* : ..... Prénom(s) de naissance\* : .....

Date de naissance\* : ...../...../..... Lieu de naissance\* : .....

NOM usuel : ..... Téléphone : ..... Sexe\* :  M  F

Adresse e-mail (si résultats par Internet) : .....@.....

### Contrôle impératif de l'identité (\*champ obligatoire)

J'atteste avoir vérifié l'identité du patient à partir d'une pièce officielle (PI) (carte d'identité, passeport)

Transmission par courrier d'une photocopie PI au laboratoire  Transmission d'une photo PI par courriel [contact@bio17.eu](mailto:contact@bio17.eu)

Adresse principale : .....

Adresse secondaire : .....

## NOUVEAU PATIENT / CHANGEMENTS ADMINISTRATIFS

NOM de naissance de l'assuré (si différent du patient) : .....

PRENOM(S) de naissance (si différent du patient) : .....

Date et lieu de naissance assuré : .....

N° SS : ..... Caisse : ..... Mutuelle : .....

ALD  CMU  INV  AT Date : ...../...../.....

Maternité Date présumée de début de grossesse : ...../...../.....

## RESULTATS

Transmission prescripteur :  **URGENT** (utiliser sachet rouge et si urgence vitale appeler le laboratoire)

Motif de l'urgence (impératif) : .....  A téléphoner  A faxer

Transmission autre médecin : .....

Transmission patient :  Au laboratoire  Par Internet  Adresse principale  Adresse secondaire

Dans le cadre du Suivi Médical Rendu au patient, les résultats du patient sont transmis à toute l'équipe médicale (prescripteur, IDE, etc...). Cochez la case NON si celui-ci s'y oppose.  NON

Prescription renouvelable (au labo) : date ordonnance ...../...../.....  Prescription jointe

DEMANDE DE NOUVELLES ETIQUETTES PATIENT

## PARTIE RESERVEE AU LABORATOIRE

Réception des échantillons le : ..... à .....H..... Par : .....

Conforme

Non-conforme :

	Bleu	Jaune	Violet	Gris	Urine	Autres
Nb tubes reçus						
Nb tubes en +						

Enregistrement vérifié le : ..... Par : .....

Conforme

Non-conforme

Correction sans impact

## RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

*Si aucun champ n'est complété, le laboratoire interprétera les résultats en considérant qu'il n'y a pas de renseignements cliniques pertinents pour ce patient.*

### Traitement anti coagulant

Pas de traitement

AVK (Préviscan, Sintrom, Coumadine, ...)

Relais Héparine AVK

Héparine / HBPM heure injection : .....H...

Autre : .....

### Dosage de médicaments

Nom du médicament : ..... Posologie : .....

Date et heure de la dernière prise : .....

### Autres renseignements

pouvant être utiles à l'interprétation des résultats (fièvre, séjour à l'étranger, affection longue durée...) :

Pathologie : ..... Traitement : .....

### Bilan hormonal / Toxoplasme

Date des dernières règles : .....

Grossesse :  NON  OUI Date début grossesse : ...../...../.....

### Groupe / RAI

Injection Rophylac Date : ...../...../.....

Dose : .....

Transfusion :  NON  OUI Date : ...../...../.....

Département de prise charge : .....

## PRELEVEMENT

NOM et PRENOM du préleveur : .....

Transmetteur (ETS, EHPAD, Foyer, Pharmacie, ...) : .....

Date du prélèvement : ...../...../..... Heure du prélèvement : .....H.....

A JEUN depuis au moins 8 heures  OUI  NON

Nombre et type de tubes prélevés	Bleu	Jaune	Violet	Gris	Ech urine	Autres

Difficultés ou problèmes de prélèvement : .....



Les analyses prescrites sur réquisition judiciaire doivent être prélevées au laboratoire  
LES TUBES NON IDENTIFIES (NOM, PRENOM) NE SERONT PAS TRAITES.

### Demands Particulières

#### Demands d'analyses formulées oralement

- Demande d'analyses supplémentaires par rapport à une ordonnance
- Demande d'analyses sans ordonnance

Analyses concernées : .....

.....

#### Refus d'analyses, Analyses hors nomenclature

- Refus d'analyses prescrites (le prescripteur en sera informé)
- Accord pour la réalisation d'analyses hors nomenclature

Analyses concernées : .....

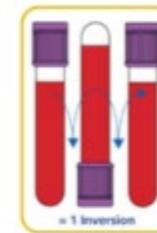
.....

En signant ce document, je reconnais avoir été informé :

- Des conditions de prélèvement
- Du lieu de réalisation de ces analyses
- Du délai et des modalités de rendu de résultats
- Du montant à payer qui ne sera pas pris en charge par la sécurité sociale
- De la somme à régler au laboratoire BIO17 ou au laboratoire spécialisé

Date et signature :

### Tubes: Homogénéisation



**PAR DEFAUT 5 A 6 RETOURNEMENTS LENTS.**

Après prélèvement, tous les tubes doivent être homogénéisés par retournements lents, afin que l'additif se répartisse sur l'ensemble de l'échantillon.