

| PATIENT                                                                                                                                      | PRELEVEMENTS / ANALYSES A REALISER / ANALYSES REFUSEES                                                                                                                                                                         | INFORMATIONS                                                                                             |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>NOM DE NAISSANCE :</b> .....                                                                                                              | Prélèvement effectué le : ...../...../.....                                                                                                                                                                                    | <b>REVUE EXHAUSTIVE - GROUPE SANGUIN / RAI :</b>                                                         |
| <b>NOM D'USAGE :</b> .....                                                                                                                   | à .....h.....par .....                                                                                                                                                                                                         | <b>1 <input type="checkbox"/> CNI/Passeport 2 <input type="checkbox"/> Interrogatoire actif</b>          |
| <b>1er PRENOM :</b> .....                                                                                                                    | Ordonnance(s) jointe(s) <input type="checkbox"/> Si >1 => Nombre : .....                                                                                                                                                       | <b>3 <input type="checkbox"/> Fiche PRE-SEL-ENR-007 RC en IH disponible sur</b>                          |
| <b>Date de Naissance :</b> ...../...../..... <b>Sexe :</b> .....                                                                             | Si absence : <input type="checkbox"/> déposée au laboratoire <input type="checkbox"/> renouvelable                                                                                                                             | <b>www.synlab.provence.fr</b>                                                                            |
| <b>Lieu de naissance :</b> ..... <b>Poids :</b> .....                                                                                        | Si prescription : <b>A VENIR/SANS/AJOUT*/REFUS/ACCORD HN.</b>                                                                                                                                                                  | <b>RENSEIGNEMENTS CLINIQUES :</b>                                                                        |
| <b>Adresse :</b> .....                                                                                                                       | <b>Analyse(s) :</b>                                                                                                                                                                                                            | <b>A jeun <input type="checkbox"/> Prélèvement difficile <input type="checkbox"/></b>                    |
| <b>Code postal :</b> ..... <b>VILLE :</b> .....                                                                                              | <i>Je reconnais avoir été informé des conditions de prélèvement, du lieu de réalisation des analyses, du délai et des modalités de rendu des résultats, du montant à payer et du non-remboursement par la sécurité sociale</i> | <b>Date de dernière règle : ...../...../.....</b>                                                        |
| <b>Téléphone :</b> - - - - -                                                                                                                 | <b>Signature du patient :</b>                                                                                                                                                                                                  | <b>Traitement (TP / TSH / autres) : .....</b>                                                            |
| <b>Mail :</b> .....@.....                                                                                                                    | <b>*Responsable médical lors d'ajout :</b>                                                                                                                                                                                     | <b>Date et heure de dernière prise : ...../...../..... à .....h.....min</b>                              |
| <b>N° SECU :</b> .....                                                                                                                       | Nature du prélèvement : <b>Sang / Urine / Autre(s)</b>                                                                                                                                                                         | <b>Posologie : .....</b>                                                                                 |
| <b>CAISSE :</b> .....                                                                                                                        | <b>Nombre de tubes prélevés :</b> .....                                                                                                                                                                                        | <b>PATHOLOGIE CHRONIQUE</b>                                                                              |
| <input type="checkbox"/> Régime général. <input type="checkbox"/> ALD <input type="checkbox"/> INVALIDITE <input type="checkbox"/> MATERNITE | <b>Date prochain RDV :</b> .....                                                                                                                                                                                               | <b>Absence</b>   <b>Autres =&gt; voir commentaire</b>                                                    |
| <b>MUTUELLE : N° télétrans :</b> .....                                                                                                       | <b>TRANSMISSION</b>                                                                                                                                                                                                            | Diabète   Hypo / Hyper Thyroïde   Dyslipidémie                                                           |
| <b>Médecin traitant :</b> .....                                                                                                              | <b>Patients :</b> <input type="checkbox"/> Labo <input type="checkbox"/> Serveur <input type="checkbox"/> e-mail (vaut accord du patient)                                                                                      | Insuffisance cardiaque   Hyper-tension   Insuffisance Rénale   Insuffisance hépatique   Pancréatite      |
| <b>Vérification Identité : CNI / PASSEPORT / autres</b>                                                                                      | .....@.....                                                                                                                                                                                                                    | Maladie Auto Immune   HIV / HVC / HBC   Adénome   Prostatectomie   Cancer                                |
| <div>Étiquette code à barre<br/></div>                    | <b>Médecin / IDE :</b> <input type="checkbox"/> Tel <input type="checkbox"/> Fax <input type="checkbox"/> Serveur <input type="checkbox"/> Mssanté                                                                             | Anémie   Plaquettes ↑ / ↓   Leucémie   Myélome / Lymphome   Aplasie                                      |
|                                                                                                                                              | <b>Autre(s) :</b> .....                                                                                                                                                                                                        | <b>CONTEXTE / SYMPTOMATOLOGIE AIGUE</b>                                                                  |
|                                                                                                                                              | <b>Transmission à un tiers :</b>                                                                                                                                                                                               | RAS   Suivi Pathologie Chronique   Fièvre / syndrome infectieux   Chimio-thérapie   Problèmes cardiaques |
|                                                                                                                                              | <b>Nom de la personne mandatée :</b>                                                                                                                                                                                           | Septicémie   Grossesse Avortement   GEU Éclampsie   Pré-opératoire   Suivi héparine                      |
|                                                                                                                                              | <b>Signature du patient :</b>                                                                                                                                                                                                  | <b>AUTRES / COMMENTAIRES</b>                                                                             |
|                                                                                                                                              | <b>ENCAISSEMENT à domicile : .....EUROS</b>                                                                                                                                                                                    |                                                                                                          |
| <b>RECEPTION DES ECHANTILLONS (à remplir par le personnel du laboratoire)</b>                                                                |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                          |
| <b>Date de réception :</b> ...../...../.....                                                                                                 | <b>Heure réception :</b> .....h.....                                                                                                                                                                                           | <b>Paraphe :</b> .....                                                                                   |
| <input type="checkbox"/> <b>Sang :</b> EDTA (avec ou sans gel) : ..... EDTA + Aprotinine.....                                                | <b>CIT :</b> .....                                                                                                                                                                                                             | <b>SEC :</b> .....                                                                                       |
| <input type="checkbox"/> <b>Urines :</b> Borate : ..... Chimie urinaire : .....                                                              | <b>Pot ECBU :</b> .....                                                                                                                                                                                                        | <b>Pot 24h :</b> ..... DIURESE : .....                                                                   |
| <input type="checkbox"/> <b>Autres:</b> .....                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                          |
| <b>PRELEVEMENT NON- CONFORME :</b> <input type="checkbox"/> Cause : .....                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                          |
| <b>SYNLAB PROVENCE - Partie à conserver</b> Reçu de paiement patient- - Encaissement à domicile : .....EUROS / Paraphe : .....               |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                          |