


PATIENT	PRELEVEMENTS / ANALYSES A REALISER / ANALYSES REFUSEES	RENSEIGNEMENTS CLINIQUES
NOM DE NAISSANCE : NOM D'USAGE : 1er PRENOM : Date de Naissance :/...../..... Sexe : Lieu de naissance : Poids : Adresse : Code postal : VILLE : Téléphone : Mail :@..... N° SECU : CAISSE : <input type="checkbox"/> Régime général. <input type="checkbox"/> ALD <input type="checkbox"/> INVALIDITE <input type="checkbox"/> MATERNITE MUTUELLE : N° télétrans (AMC) : Médecin traitant : Identité vérifiée : CNI / PASSEPORT / autres <div style="text-align: center; margin-top: 20px;">  <p>Étiquette code à barre</p> </div>	Prélèvement effectué le :/...../..... àh..... par Ordonnance(s) jointe(s) <input type="checkbox"/> Si >1 => Nombre : Si absence : <input type="checkbox"/> déposée au laboratoire <input type="checkbox"/> renouvelable Si prescription : A VENIR/SANS/AJOUT*/REFUS/ACCORD HN. Analyse(s) : <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> Signature du patient : *responsable médical acceptant l'ajout : Nature du prélèvement : Sang / Urine / autre(s) Nombre de tubes prélevés : Date prochain RDV : <div style="text-align: center; background-color: #cccccc; padding: 2px;">TRANSMISSION</div> Patients : <input type="checkbox"/> Labo <input type="checkbox"/> Courrier <input type="checkbox"/> Serveur <input type="checkbox"/> e-mail (vaut accord du patient)@..... Médecin / IDE : <input type="checkbox"/> Tel <input type="checkbox"/> Fax <input type="checkbox"/> Serveur <input type="checkbox"/> e-mail Autre(s) : Transmission à un tiers : Nom de la personne mandatée Signature du patient : <div style="text-align: center; background-color: #cccccc; padding: 2px;">RENSEIGNEMENTS CLINIQUES :</div> Date de dernière règle :/...../..... Traitement (TP / TSH / autres) : Date et heure de dernière prise :/...../..... àh.....min Posologie : A jeun <input type="checkbox"/> Prélèvement difficile <input type="checkbox"/>	<div style="text-align: center; background-color: #cccccc; padding: 2px;">RENSEIGNEMENTS CLINIQUES</div> <div style="text-align: center; background-color: #cccccc; padding: 2px;">GROUPE SANGUIN / RAI :</div> Vérification : <input type="checkbox"/> CNI <input type="checkbox"/> Interrogatoire actif Transfusion de moins de 3 mois : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non / Nb grossesse : <input type="checkbox"/> Fausse couche : <input type="checkbox"/> IVG : Traitement anti CD38 : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Injection d'anti D : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Posologie : Date injection :
		<div style="text-align: center; background-color: #cccccc; padding: 2px;">PATHOLOGIES CHRONIQUES</div> <div style="text-align: center; background-color: #cccccc; padding: 2px;">ENDOCRINOLOGIE</div> Absence Diabète Thyroïdectomie Hypothyroïdie Hypothyroïdie Voir Commentaire <div style="text-align: center; background-color: #cccccc; padding: 2px;">CARDIO-VASCULAIRE</div> Insuffisance cardiaque Hypertension Dyslipidémie Cancer
		<div style="text-align: center; background-color: #cccccc; padding: 2px;">REINS / FOIE / PANCREAS</div> Insuffisance Rénale Insuffisance hépatique Cirrhose Alcoolisme Pancréatite Chronique
		<div style="text-align: center; background-color: #cccccc; padding: 2px;">MAI / RHUMATOLOGIE</div> Maladie Auto Immune Rhumatisme inflammatoire Ostéoporose Neuro-musculaire HIV
		<div style="text-align: center; background-color: #cccccc; padding: 2px;">PROSTATE</div> Prostatectomie Adénome <div style="text-align: center; background-color: #cccccc; padding: 2px;">HEMATOLOGIE</div> Anémie Thalassémie Thrombopénie
		<div style="text-align: center; background-color: #cccccc; padding: 2px;">HEMATOLOGIE</div> Thrombocytose Leucémie Myélome Lymphome Aplasie
		<div style="text-align: center; background-color: #cccccc; padding: 2px;">CONTEXTE / SYMPTOMATOLOGIE AIGUE</div> Standard Suivi Pathologie Chronique Chimiothérapie Grossesse GEU Avortement Eclampsie Pré-opératoire HBPM Hypothermie Fièvre SCA Commentaire Avant dialyse Après dialyse Post CEC Thrombolyse Septicémie CIVD
		<div style="text-align: center; background-color: #cccccc; padding: 2px;">AUTRES / COMMENTAIRES</div>
		<div style="text-align: center; background-color: #cccccc; padding: 2px;">RECEPTION DES ECHANTILLONS</div> Date de réception :/...../..... Heure réception :h..... Paraphe : <input type="checkbox"/> Sang : EDTA (avec ou sans gel) : EDTA+Aprotinine..... CIT : SEC : HEP : FLUO : Hémoculture : <input type="checkbox"/> Urines : Borate : Chimie urinaire : Pot ECBU : Pot 24h : DIURESE : <input type="checkbox"/> Autres: PRELEVEMENT NON- CONFORME : <input type="checkbox"/> Cause :