

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="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center; margin-top: 10px;"> <i>Étiquette code à barre</i> </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 :	RENSEIGNEMENTS CLINIQUES
		GROUPES SANGUIN / RAI :
		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 Date injection : Posologie :
		PATHOLOGIES CHRONIQUES
		ENDOCRINOLOGIE
		Absence Diabète Thyroïdectomie Hypothyroïdie Hypothyroïdie Voir Commentaire
		CARDIO-VASCULAIRE
		Insuffisance cardiaque Hypertension Dyslipidémie Cancer REINS / FOIE / PANCREAS Insuffisance Rénale Insuffisance hépatique Cirrhose Alcoolisme Pancréatite Chronique
		MAI / RHUMATOLOGIE
		Maladie Auto Immune Rhumatisme inflammatoire Ostéoporose Neuro-musculaire HIV PROSTATE HEMATOLOGIE Prostatectomie Adénome Anémie Thalassémie Thrombopénie
HEMATOLOGIE		
Thrombocytose Leucémie Myélome Lymphome Aplasie CONTEXTE / SYMPTOMATOLOGIE AIGUE		
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		
RENSEIGNEMENTS CLINIQUES :	AUTRES / COMMENTAIRES	
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"/>		
RECEPTION DES ECHANTILLONS (à remplir par le personnel du laboratoire)		
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 :		