



Fiche de prélèvement et de suivi médical

Transmis par :

PRELEVEMENT

Effectué le :/...../..... àh..... par :

 Sang nombre de tubes : Urines Autres..... **URGENT**www.xlabs.fr

PATIENT

Nom d'usage : Prénom :

Nom de naissance (*obligatoire*):Date de naissance :/...../..... Sexe : M F**Confirmation de l'identité** avec pièce d'identité (**obligatoire pour Groupe Sanguin-RAI**): Oui (*joindre copie pièce d'identité*)Tél. (*Obligatoire* - Portable de préférence) : email :

Adresse:

N° Sécurité sociale. :

Caisse principale : Mutuelle : Date fin droit Mut :

 Invalidité ALD Stérilité CMU Maternité, date de début de grossesse : Accident Travail Date : (*joindre copie de la déclaration de l'A.T.*) **Tiers Payant Mutuelle** Joindre une copie de la carte de mutuelle **ou la faire suivre par mail**

PRESCRIPTEUR / PRESCRIPTION

(joindre la prescription, une copie ou écrire lisiblement les examens demandés)

Prescripteur :

Médecin traitant :

 Absence de prescription Prescription renouvelable déjà transmise au laboratoire

Examens demandés :

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

 à jeun non à jeun Poids (*si créat-Cockcroft*) : Grossesse DDR : Diabète Chimio Immunodéprimé Fièvre Contact chat (si séro.toxo) Voyage à l'étranger <2mois: *pays* Piquêre Tique (si séro. Lyme) sous **AVK** Traitement : Posologie :Indication : Thrombose Trouble du rythme cardiaque Prothèse valvulaire Suite infarctus du myocarde Valvulopathie mitrale HBPM Héparine (HNF) Autre(s) : Autre médicaments :

Si dosage Médic : Nom : Dernière prise le :/...../..... àh.....

Posologie :

Si Groupe / RAI : Transfusion <4 mois Noter la date :/...../..... Allogreffe Iniection Anti D Noter la date :/...../.....

TRANSMISSION DES RESULTATS

Patient **par mail** → email : Passera au laboratoire par courrier à la pharmacie faire parvenir des étiquettes d'identification chez le patient*Sauf opposition de la part du patient, le laboratoire est susceptible de communiquer les résultats aux professionnels appartenant à l'équipe de soins. Si le patient s'oppose, cocher cette case* **Médecin** à compléter si urgent Transmission H' Faxer au Téléphoner au

Réception des échantillons (cadre réservé au laboratoire)

Réceptionné le :/...../..... àh..... Par :

Echantillon(s) conforme(s) à réception: OUI NON (*enregistrer NCT ou NCR sur le SIL*)

C2ENR03 ACR09 Mars 2023