

Préleveur :

Date :

Heure :

Version 8

PATIENT

Sexe : H F

Nom :

Nom de naissance :

Etiquette à coller ici

Prénom :

Date de naissance :

Téléphone : _____

Adresse :

ASSURE

N° SS :

Nom + prénom :

Date de naissance :

Caisse :

100% : INV MATER date /..... /.....
 ALD AT. date /..... /.....

Mutuelle :

N° AMC / code préfectoral / N° télétrans. :

URGENT

Ordonnance au laboratoire

DOCUMENTS

E Etiquettes

RESULTATS

Sur Internet - mysynlab

L Au laboratoire

P A poster

A transmettre au Dr

RENSEIGNEMENTS

Prélèvement	<input type="checkbox"/> non à jeun <input type="checkbox"/> sans garrot
RAI (agglutinines irrégulières)	<input type="checkbox"/> injection anti D (Rophylac) date : /..... /..... <input type="checkbox"/> antécédent transfusion date : /..... /.....
Groupes sanguins / RAI / Coombs direct Bilan Préfecture	<input type="checkbox"/> pièce d'identité du patient vérifiée
Dosages hormonaux	Date des dernières règles : /..... /.....
Dosage de médicaments	Date + Heure de la dernière prise :
Commentaires / Autres renseignements	

VOLUME
Urines 24H

Non
Conformité

N°

Type
de tube

Heure de
réception

Initiales
déballeur