

LE PRELEVEMENT

PRELEVEUR : Nom : Prénom : Cabinet Infirmier :
PRELEVEMENT : Date : / / Heure : H
 A jeun (12h) : ☐ OUI ☐ NON ☐ Sans garrot ☐ Prélèvement difficile ☐ Demande urgente ⚠

PATIENT

Nom d'usage : Prénom :
 Nom de Naissance :
 Date de naissance : / / Sexe : ☐ Masculin ☐ Féminin
 Téléphone :
 Adresse :
 CP : Ville :
Copie de la pièce d'identité officielle (CNI, passeport, titre de séjour) ☐ copie ci-jointe ☐ par mail ☐ déjà transmise

LA DEMANDE D'ANALYSES

☐ Ordonnance jointe Date prescription : / / Médecin :
☐ Ordonnance transmise par mail
☐ Ordonnance au laboratoire (déjà transmise)
☐ Ordo à venir **OU** ☐ Demande sans ordonnance (hCG, IST) => Préciser analyses :

FACTURATION

Si résident EHPAD : ☐ Hébergement permanent ☐ Hébergement temporaire
 N° SS :
 Mutuelle : N° télétransmission ou AMC Fin de validité
 Copie carte vitale / copie carte mutuelle jointes ☐

TRANSMISSIONS

Résultats patient : ☐ Poste ☐ Retrait laboratoire ☐ Retrait pharmacie ☐ Mail (PDF) ☐ Site internet
 Adresse mail du patient :

Envois complémentaires : ☐ Edition étiquettes patients ☐ Ordonnance à renvoyer au patient
 Médecin traitant ? : (Transmission systématique des résultats au prescripteur sauf refus du patient)

Accès aux résultats pour les IDE :

☐ Le patient REFUSE que ses résultats soient diffusés au cabinet infirmier
☐ Le patient autorise M à les récupérer au laboratoire

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

☐ **Suivi de traitement AVK :** ☐ Préviscan ☐ Coumadine ☐ Sintron ☐ Mini-Sintron
 Cible INR : ☐ 2-3 ☐ 2.5 – 3.5 ☐ 3-4.5
 Posologie usuelle sur 3 jours :

☐ Dosage de médicament :

⇒ Nom du médicament :
 ⇒ Posologie :
 ⇒ Dernière Prise le / / à H

☐ **Hormonologie/ Grossesse :** Date dernières règles / / Date Début Grossesse : / /

☐ **Thyroïde :** médicament pour thyroïde ? (si oui, préciser)

☐ **Autres renseignements pertinents :**

Réservé au laboratoire (réception des tubes & échantillons)

Tubes : Bleu→ Rouge→ Jaune→ Violet→ Gris→ Autres
☐ Urines ☐ Urines 24h ☐ Selles ☐ Ecouvillons ☐ Hémocs ☐ autres

Conforme à réception : ☐ OUI ☐ NON => *faire NC*

Visa :

LE PRELEVEMENT

PRELEVEUR : Nom : Prénom : Cabinet Infirmier :
PRELEVEMENT : Date : / / Heure : H
 A jeun (12h) : ☐ OUI ☐ NON ☐ Sans garrot ☐ Prélèvement difficile ☐ Demande urgente ⚠

PATIENT

Nom d'usage : Prénom :
 Nom de Naissance :
 Date de naissance : / / Sexe : ☐ Masculin ☐ Féminin
 Téléphone :
 Adresse :
 CP : Ville :
Copie de la pièce d'identité officielle (CNI, passeport, titre de séjour) ☐ copie ci-jointe ☐ par mail ☐ déjà transmise

LA DEMANDE D'ANALYSES

☐ Ordonnance jointe Date prescription : / / Médecin :
☐ Ordonnance transmise par mail
☐ Ordonnance au laboratoire (déjà transmise)
☐ Ordo à venir **OU** ☐ Demande sans ordonnance (hCG, IST) => Préciser analyses :

FACTURATION

Si résident EHPAD : ☐ Hébergement permanent ☐ Hébergement temporaire
 N° SS :
 Mutuelle : N° télétransmission ou AMC Fin de validité
 Copie carte vitale / copie carte mutuelle jointes ☐

TRANSMISSIONS

Résultats patient : ☐ Poste ☐ Retrait laboratoire ☐ Retrait pharmacie ☐ Mail (PDF) ☐ Site internet
 Adresse mail du patient :

Envois complémentaires : ☐ Edition étiquettes patients ☐ Ordonnance à renvoyer au patient
 Médecin traitant ? : (Transmission systématique des résultats au prescripteur sauf refus du patient)

Accès aux résultats pour les IDE :

☐ Le patient REFUSE que ses résultats soient diffusés au cabinet infirmier
☐ Le patient autorise M à les récupérer au laboratoire

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

☐ **Suivi de traitement AVK :** ☐ Préviscan ☐ Coumadine ☐ Sintron ☐ Mini-Sintron
 Cible INR : ☐ 2-3 ☐ 2.5 – 3.5 ☐ 3-4.5
 Posologie usuelle sur 3 jours :

☐ Dosage de médicament :

⇒ Nom du médicament :
 ⇒ Posologie :
 ⇒ Dernière Prise le / / à H

☐ **Hormonologie/ Grossesse :** Date dernières règles / / Date Début Grossesse : / /

☐ **Thyroïde :** médicament pour thyroïde ? (si oui, préciser)

☐ **Autres renseignements pertinents :**

Réservé au laboratoire (réception des tubes & échantillons)

Tubes : Bleu→ Rouge→ Jaune→ Violet→ Gris→ Autres
☐ Urines ☐ Urines 24h ☐ Selles ☐ Ecouvillons ☐ Hémocs ☐ autres

Conforme à réception : ☐ OUI ☐ NON => *faire NC*

Visa :