

LE PRELEVEMENT


Préleveur : Nom : Prénom : Cabinet Infirmier :
DATE : / / Heure : H
Prélèvement : A jeun (12h) : OUI NON Sans garrot Prélèvement difficile

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

Ou Etiquette patient

LA DEMANDE D'ANALYSES

Ordo Renouvelable (déjà transmise) : Date prescription : / / Médecin :
 Ordo transmise par mail
 Demande urgente 
 Ordo à venir => Préciser analyses :
 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

Signature patient

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

Suivi traitement AVK Préviscan Coumadine Sintron Mini Sintron
Cible INR 2-3 2.5 – 3.5 3-4.5
Posologie usuelle sur 3 jours :
 Dosage médicament => Nom : Posologie : Dernière Prise / / à H.....
 Hormonologie grossesse : Date dernières règles / / Date Grossesse : / /
 Autres renseignements pertinents :

Réservé au laboratoire (réception des tubes & échantillons)

Tubes : Bleu → Rouge → Jaune → Vert → Violet → Gris →
 Urines Urines 24h Ech Selles Ecouvillons HémoCs autres

Non-conformité / Visa à réception :