

LBMMS VIALLE :

Lupino / St François / Bastio / St Florent / Borgo / Annonciade / Toga / Cap / Casamozza

Préleveur : Acte Unique (MAU) Nb de km :**IDENTIFICATION DU PATIENT :** Etiquettes patients

Nom : Prénom :

Sexe: M / F Date de naissance : __/__/____ **Nom de naissance** :

Adresse : Tel :

Port :

 Confidentiel A poster Consultation Internet (e-mail) :

Autorisation de transmission de mes résultats à mon infirmier(e) :

 Oui, ce dossier Oui, tous mes dossiers Non Signature :**IDENTIFICATION DE LA PRESCRIPTION :**Médecin : Urgent A faxer

Cause ALD :

 Ordonnance renouvelable au laboratoire Ordonnance jointe Ou examens demandés**PRELEVEMENTS SANGUINS:**

Date : __/__/____ Heure : __ h __

Nb tubes	Bleu	Mauve	Jaune	Rouge	Gri	Vert	Autre	Total

RENSEIGNEMENTS INRTraitement: Préviscan Coumadine NACOs Posologie : Sintrom Mini-SintromIndication : Arythmie METV IDM Prothèse valvulaire Valvulopathie mitrale**AUTRES RENSEIGNEMENTS CLINIQUES :** Patient non à jeun Chimiothérapie Grossesse : DDR : __/__/____ Poids : ____ kgTT Vitamine D : Oui Non TT Thyroïde : Oui NonTT B12 : Oui Non TT Folates : Oui NonTT Fer : Oui Non Autre traitement : dernière prise le __/__/____ à __ h __ Régime particulier :**PRELEVEMENTS BACTERIOLOGIQUES :** Date : __/__/____ Heure : __ h __ Antibiothérapie en cours Conservation : à temp.ambiante à 4°C**URINES**Fièvre Oui Non Brulure mictionnelle Oui NonRecueil : 1^{er} jet 2^{ème} jet Sondage droite/gauche Stomie droite / gauche Autre mode de recueil :**AUTRE** Selles Crachats Peau : site : Plaie : site : Hémoculture (température : °C) site : périphérique sur PAC sur KT Autre :

Renseignements (ou problèmes) divers :

Cadre réservé au laboratoire :

Date et heure de réception au laboratoire : le __/__/____ à __ h __ Réceptionné par :

Remarque :

LBMMS VIALLE :

Lupino / St François / Bastio / St Florent / Borgo / Annonciade / Toga / Cap / Casamozza

Préleveur : Acte Unique (MAU) Nb de km :**IDENTIFICATION DU PATIENT :** Etiquettes patients

Nom : Prénom :

Sexe: M / F Date de naissance : __/__/____ **Nom de naissance** :

Adresse : Tel :

Port :

 Confidentiel A poster Consultation Internet (e-mail) :

Autorisation de transmission de mes résultats à mon infirmier(e) :

 Oui, ce dossier Oui, tous mes dossiers Non Signature :**IDENTIFICATION DE LA PRESCRIPTION :**Médecin : Urgent A faxer

Cause ALD :

 Ordonnance renouvelable au laboratoire Ordonnance jointe Ou examens demandés**PRELEVEMENTS SANGUINS:**

Date : __/__/____ Heure : __ h __

Nb tubes	Bleus	Mauves	Jaunes	Rouges	Gris	Verts	Autre	Total

RENSEIGNEMENTS INRTraitement: Préviscan Coumadine NACOs Posologie : Sintrom Mini-SintromIndication : Arythmie METV IDM Prothèse valvulaire Valvulopathie mitrale**AUTRES RENSEIGNEMENTS CLINIQUES :** Patient non à jeun Chimiothérapie Grossesse : DDR : __/__/____ Poids : ____ kgTT Vitamine D : Oui Non TT Thyroïde : Oui NonTT B12 : Oui Non TT Folates : Oui NonTT Fer : Oui Non Autre traitement : dernière prise le __/__/____ à __ h __ Régime particulier :**PRELEVEMENTS BACTERIOLOGIQUES :** Date : __/__/____ Heure : __ h __ Antibiothérapie en cours Conservation : à temp.ambiante à 4°C**URINES**Fièvre Oui Non Brulure mictionnelle Oui NonRecueil : 1^{er} jet 2^{ème} jet Sondage droite/gauche Stomie droite / gauche Autre mode de recueil :**AUTRE** Selles Crachats Peau : site : Plaie : site : Hémoculture (température : °C) site : périphérique sur PAC sur KT Autre :

Renseignements (ou problèmes) divers :

Cadre réservé au laboratoire :

Date et heure de réception au laboratoire : le __/__/____ à __ h __ Réceptionné par :

Remarque :