C2 - ENR 03 Version 5

Fiche de transmission de prélèvement

Coller ici étiquette ID du patient

IDENTIFICATION DU PATIENT

Nom et prénom : _____ Tél : _____

Nom de jeune fille : _____ Sexe : ☐ M ☐ F Date de naissance :_____

Adresse : _____

EXAMENS ET PRESCRIPTEUR (> joindre la prescription)

Renseignements cliniques ou thérapeutiques si nécessaires en lien avec la demande d'examens : _____

_____

Examens de coagulation : traitement : ☐ Aucun ☐ AVK ☐ HBPM ☐ Héparine Std ☐ Autres anticoagulants

Dosage de médicaments : Date et heure de la dernière prise _____/____/_____ à _____h_____

Examens de bactériologie : Antibiothérapie ☐ Non ☐ Oui – Lequel : _____

B HCG : date des dernières règles : _____ RAI : Injection de Rophylac ☐ Non ☐ Oui – Date : _____

Autres renseignements utiles _____

Si examens réalisés à la demande du patient : >**Remplir le formulaire C1-ENR02 : avec les signatures du patient et du biologiste**

PRELEVEMENT

Nom du préleveur : _____

Tél : _____(en cas de problème de prélèvement)

Date et heure du prélèvement : _____/_____/_____ à _____h_____

Nature du prélèvement : ☐ Sang : ◇Pli du coude ◇Autres : _____
☐ Urines : ◇Miction spontanée ◇Sondage : précisez_____
☐ Autres : _____

Conditions de prélèvement : ☐ à jeun ☐ non à jeun

RESULTATS

Délai de rendu : ☐ non urgent ☐ urgent, à communiquer dès que possible > Tél :_____

Fax : _____

Transmission des résultats : **pour le patient** : ☐ à poster ☐ à récupérer au labo ☐ consultation sur www.mesanalyses.fr

Pour le prescripteur : ☐ à poster ☐ à téléphoner ☐ à faxer ☐ consultation sur le serveur

Autres médecins destinataires des résultats en plus du prescripteur : _____

RECEPTION DU PRELEVEMENT *(à remplir par le LABORATOIRE)*

Nom et prénom du personnel réceptionnant : _____

Date et heure de réception : _____/_____/_____ à _____h_____