



Fiche de liaison

Préleveur Collez votre étiquette

Nom / Prénom *

Ville

N° tél *

Prélevé le /..... /..... àh.....min *

Prescripteur : Docteur

Conformément à la législation, l'identité du patient doit être vérifiée à l'aide d'un document officiel d'identité (carte nationale d'identité, passeport ou titre de séjour), pour toute prescription d'un groupe sanguin ou d'une RAI.

Patient : -Sexe* M F -N° ident unique ^{(1)*} :

Nom de naissance* :

Nom d'usage ⁽²⁾ :

Prénom (1er prénom de la pièce d'identité) * :

Date de naissance* : /..... /.....

Adresse:

Code postal : Ville :

N° tél :

Ordonnance 1 : Jointe A venir Au LaboratoireOrdonnance 2 : Jointe A venir Au LaboratoireOrdonnance 3 : Jointe A venir Au Laboratoire

Merci de joindre à votre prélèvement une photocopie de votre attestation de prise en charge à la sécurité sociale ainsi qu'une photocopie Recto-verso de votre carte mutuelle à jour. En l'absence de ces documents, le laboratoire ne pourra pratiquer le tiers payant.

N° de sécurité sociale* :

* Champs obligatoires

(1) Le n° unique ou n° d'identifiant figure sur le Compte rendu de résultats

(2) Le nom d'usage correspond au nom d'époux (se) ou pseudonyme

Renseignements cliniques*

 Patient à jeun Patient non à jeunDifficultés de prélèvement : oui non

Traitement anticoagulant :

AVK	HBPM	HNF	AUTRES
<input type="checkbox"/> Préviscan	<input type="checkbox"/> Lovenox	<input type="checkbox"/> Calciparine
<input type="checkbox"/> Sintrom	<input type="checkbox"/> Innohep		
<input type="checkbox"/> Coumadine	<input type="checkbox"/> Fraxiparine		

Posologie :

Heure de la dernière prise ou injection : ____ h ____ min

INR cible (si AVK) :

Poids (si créatinine demandée) : _____ kg

Hormono-sérologie : Grossesse : oui non

Date des dernières règles :

RAI : Transfusion < 4 mois : oui nonInjection de RhoPhylac : oui non

Date de l'injection : le ____ / ____ / ____

Pharmacologie :

 Digoxine Dépakine Tégrétol Lithium Autres

Posologie : Dernière prise : le ____ / ____ / ____ à ____ h ____.

Bilan thyroïdien : traitement

Posologie :

Résultats : urgent à téléphoner à faxer au N° : à poster au labo site internet**Il est indispensable d'identifier tous les tubes prélevés :****(Nom de naissance / Nom d'usage / Prénom / date de naissance / sexe)**