



Fiche de liaison

Préleveur Coller 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 Laboratoire

Ordonnance 2 : Jointe A venir Au Laboratoire

Ordonnance 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

Le patient s'oppose à la transmission des résultats à l'infirmier

Renseignements cliniques*

Patient à jeun Patient non à jeun

Difficultés de prélèvement : oui non

Traitement anticoagulant :

AVK	HBPM	HNF	AUTRES
<input type="checkbox"/> Prévistan	<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 :

Groupe sanguin et/ou RAI : Transfusion < 4 mois : oui non

Injection 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)

