

**RENSEIGNEMENTS PATIENT** (Si nouveau patient ou changement administratif transmettre une copie des documents au laboratoire)

Carte d'identité vérifiée (Groupe sanguin – RAI – Nouveau patient) :  Oui  Non SEXE :  H  F

NOM d'USAGE : ..... NOM DE NAISSANCE : .....

PRENOM : ..... DDN : \_\_/\_\_/\_\_\_\_

ADRESSE : ..... N° de portable\* : .....

..... N° tél fixe : .....

Email\* : ..... \*Obligatoire si résultats internet

Etiquette patient

Ou

QR Code Patient

**PRELEVEUR**

NOM + PRENOM : ..... Téléphone : .....

Date de prélèvement : \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Heure du prélèvement : .....

**RENSEIGNEMENTS CLINIQUES**

1)	Poids : ____ kg	Taille : ____	<input type="checkbox"/> A jeun	<input type="checkbox"/> Non à jeun	<input type="checkbox"/> Sans garrot	<input type="checkbox"/> Prélèvement difficile
2)	<b>Diabète</b> : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Ne sait pas			<input type="checkbox"/> <b>Suivi chimiothérapie</b>		
	<b>Bilan sérologique</b> :	Contrôle vaccination : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<b>Dosage de BNP</b> :			
		<input type="checkbox"/> Aigu <input type="checkbox"/> Chronique	ENTRESTO® <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
	<b>Bilan hormonal ou HCG</b> → DDR : __/__/__					

**SI DOSAGE DE MEDICAMENTS / INR / HEPARINE**

(HNF &amp; HBPM)

- Médicament : .....
- Posologie : .....
- Date et heure dernière prise : .....
- HEPARINE : *Horaire des injections* : .....

**DANS LE CADRE DU DOSAGE DU TCA :****SI TRAITEMENT ANTI-COAGULANT PAR HEPARINE HNF**

(Calciparine / Héparine Standard)



Transmettre au laboratoire  
en moins de 2H.

**SI RAI OU GROUPE SANGUIN**

- Transfusion < 4 mois :  Oui  Non
- **Femme enceinte** → RHOPHYLAC®  Oui  Non Si oui, date et posologie de l'injection : .....

**TRANSMISSION RESULTATS**

- Internet  à poster  à garder labo  personne mandatée : .....
- URGENT**  à faxer au prescripteur  Etiquettes .....

**ORDONNANCE** :  Jointe  A venir  Au laboratoire  2<sup>ème</sup> ordonnance au laboratoire

Médecin : ..... A renouveler pour les analyses : .....

**CONSETEMENT PATIENT POUR CONSULTATION RESULTATS INR PAR L'INFIRMIER(E)**

Pour le suivi de mon traitement, j'autorise mon infirmier(e) à consulter le résultat de mon INR et j'autorise le laboratoire à le lui fournir pour cette seule prescription. *Signature du patient* :

**CADRE RESERVE AU LABORATOIRE : enregistrement des échantillons**

Nbre de tubes : Jaune : ... Rouge : ... Violet : ... Bleu : ... Gris : ... Autre : ...