



Cette fiche est à compléter et à joindre à votre prélèvement en l'absence de fiche pré-remplie

PATIENT HAD : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	PRELEVEMENT
<input type="checkbox"/> Je souhaite recevoir des étiquettes pour identifier mes prélèvements <b>NOM :</b> <b>PRENOM :</b> NOM DE JEUNE FILLE : <b>DATE DE NAISSANCE :</b> Adresse du patient : Sexe : <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M Téléphone - FIXE : - PORTABLE : <b>ADRESSE MAIL (OBLIGATOIRE) :</b>	Statut : <input type="checkbox"/> A JEUN <input type="checkbox"/> NON A JEUN <input type="checkbox"/> URGENT, motif : ..... Cachet du préleveur ou identification :  <b>DATE DU PRELEVEMENT :</b> <b>HEURE DU PRELEVEMENT (OBLIGATOIRE) :</b>  ORDONNANCE ENVOYEE VIA <b>ILAB</b> : <input type="checkbox"/>  <b>ECHANTILLONS</b> (préciser le nombre) : ___ URINES : <input type="checkbox"/> échantillon <input type="checkbox"/> 24h  ___ SANG :     ___ Tube sec - rouge (1) ___ Tube citrate - bleu (2) ___ Tube héparine – vert (3) ___ Tube EDTA – mauve (4) ___ Tube aprotinine – rose (5) ___ Tube fluorure – gris (6)  ___ ECOUVILLON(S), site de prélèvement :  ___ AUTRE(S), à préciser : .....
ASSURE	
Joindre photocopies de vos attestations en cas de modifications	
<b>N° SS :</b> Nom et prénom de l'assuré : <b>Caisse :</b> <b>Mutuelle :</b> N° AMC : 100% : <input type="checkbox"/> CMU <input type="checkbox"/> ALD (ordonnancier) <input type="checkbox"/> INVALIDITE <input type="checkbox"/> MATER, date début de grossesse : .....	

## FICHE DE SUIVI MEDICAL

Dosage créatinine	Dosages hormonaux	Dosage de médicaments	Prélèvements bactériologiques	TP / INR Tube doit être rempli entièrement
Poids du patient :  .....kg	Date des dernières règles :  Ou jour du cycle :	Nom médicaments :  Date/heure de la dernière prise :  Posologie :	HEURE DE RECUEIL (obligatoire) .....  Mode de conservation : <input type="checkbox"/> Ambiant <input type="checkbox"/> Réfrigérateur (2-8°C) – ECBU/COPRO  Origine du prélèvement : .....  Traitement antibiotique : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non  Renseignements cliniques : .....  Si expectoration, patient atteint de la mucoviscidose? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Préviscan <input type="checkbox"/> Coumadine <input type="checkbox"/> Sintrom <input type="checkbox"/> Mini-Sintrom  Cible : <input type="checkbox"/> 2-3 <input type="checkbox"/> 3-4 <input type="checkbox"/> 2,5-3,5 <input type="checkbox"/> .....  <input type="checkbox"/> Pradaxa <input type="checkbox"/> Xarelto <input type="checkbox"/> Eliquis  Posologie : .....cp.....  Raison du traitement anticoagulant : <input type="checkbox"/> Phlébite <input type="checkbox"/> Tachycardie <input type="checkbox"/> Arythmie <input type="checkbox"/> Valves <input type="checkbox"/> Embolie <input type="checkbox"/> .....

## GROUPE SANGUIN / RAI

Attention à bien identifier les tubes avec **NOM, PRENOM, NOM DE JEUNE FILLE** et **DATE DE NAISSANCE**Je, soussigné(e) ....., certifie avoir vérifié l'identité à partir d'un **document officiel avec PHOTO**.**Document d'identité** : ..... **Numéro** : .....

## RESULTATS

- INTERNET MYSYNLAB** (Attention, n° identifiant commençant par **F** (nouveau compte à créer si ce n'est pas déjà fait))  
 **MAIL**  
 **POSTE**  
 **LABORATOIRE** :  Porte Notre Dame  Martin Martine  Caudry  Solesmes  Douchy les Mines  
 Douai  Leforest  Hénin Beaumont  Béthune  Bruay la Buisnière  
 **PHARMACIE** : .....  
 **FAXER** : Interlocuteur : ..... Numéro : .....  
 **DOUBLE AU DOCTEUR** .....