BIOGROUP
biologie médicale

Fiche de Prélèvement

*Les **encadrés rouges** sont **obligatoires***

PATIENT

Nom : .....

Nom de naissance : .....

Prénom : .....

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

Sexe : ▢ Masculin ▢ Féminin

Adresse : .....

.....

Tél. : .....

Mail : .....

TIERS PAYANT

N° SS : .....

Caisse : .....

Mutuelle : .....

Si le patient n'est pas l'assuré :

Nom / prénom de l'assuré : .....

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

SI GROUPE SANGUIN - RAI

▢ Identité vérifiée par pièce d'identité
*(CNI/Passeport - **obligatoire**)*

▢ Préopératoire

▢ Grossesse en cours

▢ Fausse couche / IVG Le : ...../...../.....

▢ Antécédents transfusionnels et/ou RAI positive
Le : ...../...../.....

▢ Injection d'anti-D (Rhophylac), date et posologie :
.....

AUTORISATION DU PATIENT REQUISE SI

▢ Analyses **hors nomenclature** (non remboursées)
▢ Accepté ▢ Refusé

▢ Analyses **sans ordonnance**
J'autorise le laboratoire à réaliser les analyses :
.....

Je suis informé des tarifs et des modalités de rendu des résultats

SIGNATURE DU PATIENT

CONTROLE PAR LE LABORATOIRE (si nécessaire)

Date : ..... / ..... / ..... Heure : ..... h .....

Par :.....

Tubes reçus : | C | S | H | E | F | Autre ..... |

Autres natures : ▢ Urines ▢ Selles
▢ Autre .....

Prélèvement : ▢ Conforme ▢ Non-conforme

PRELEVEMENT

Date : ..... / ..... / ..... **Heure** : ..... h .....

Prélevé par

Nom : .....

Prénom : .....

▢ IDE* ▢ Médecin ▢ Sage-femme ▢ Interne

* titulaire (si remplaçante) : .....

A facturer : ▢ Le prélèvement ▢ Déplacement
Si nécessaire ▢ MAU ..... Km

Ordonnance :

▢ Jointe ▢ Au laboratoire ▢ Plusieurs

▢ Renouvelable

Médecin : .....

Date de prescription : ..... / ..... / .....

Analyses : .....

Prélèvement : ▢ **Urgent** ▢ Difficile
▢ Non à jeun ▢ Sans garrot

Nombre de tubes prélevés : ..... tubes

Urines / Selles : ▢ Apportées ▢ A venir

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

▢ Bilan de santé ▢ Chimiothérapie

▢ Grossesse ▢ DDR : ...../...../.....

▢ Poids : ..... Kg

Médicaments

▢ Anticoagulant : .....
Cible : ..... Posologie : .....

▢ Médicament à doser : .....
Posologie : .....
Dernière prise : ..... / ..... / ..... à ..... h .....

▢ Autre : .....

Autres renseignements :

.....

.....

TRANSMISSION DES RESULTATS

PATIENT

▢ Courrier ▢ Au laboratoire ▢ Pharmacie

▢ Résultats via le serveur de résultats = ***SAISIR LE MAIL***

IDE

▢ *Le **patient ne souhaite pas** que vous receviez ses résultats.*

Renouvellement d'étiquettes : ▢ Oui ▢ Non

MEDECIN

▢ Copie au médecin traitant : .....

G-PRA-E101-07