



## COORDONNÉES DU PATIENT

**Nom usuel** : .....

**Nom de naissance (obligatoire)** : .....

**Prénom** : .....

**Date de naissance** : ..... **Sexe** :  Féminin  Masculin

**Adresse** : .....

**CP/ Ville** : .....

**Tél** : ..... **Portable** : .....

**Mail** (pour résultats internet) : .....

**Identité contrôlée** (avec CI, passeport ou titre de séjour) :  OUI  NON

## ASSURÉ

**Caisse** : .....

**N° SS** : .....

**Mutuelle** : .....

**N° préfectoral** : .....

ALD  CMU  Invalidité

Accident du travail →  
Date : .....

*(Joindre une copie de la déclaration d'AT)*

### PRESCRIPTION

**Prescription orale** :  Oui  Non **Examens demandés** : .....

**Ordonnance renouvelable** (Joindre obligatoirement une copie) :  OUI  NON

**Date de l'ordonnance** :

**Prescripteur** :

**Médecin traitant si différent** : .....

**Autre prise en charge** :

Régime Alsace/Moselle

Fond National Solidarité Vieillesse

## PRÉLÈVEMENT

**Préleveur** : .....

**Date** : .....

**Heure** : .....

Prélèvement difficile :  Oui  Non

**URGENT** →  Fax médecin  Tél médecin

Hép	EDTA	Fluo	Cit	Sec

Urines	Selles	Ecouvillon
<input type="checkbox"/> Jointes <input type="checkbox"/> À venir	<input type="checkbox"/> Jointes <input type="checkbox"/> À venir	

**Si RAI et/ou phénotype érythrocytaire (ex groupe sanguin), obligatoirement remplir formulaire MU-ENR-038**

## RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

**A jeun** :  Oui  Non **Poids du patient** (si Cockroft) : .....

**INR Cible** : .....

**Traitement anti-coagulant** :  Préviscan  Coumadine  Sintrom  
 Xarelto  Pradaxa  Eliquis  Calciparine  HBPM

**Autres** : .....

**Traitement thyroïde** :  Lévothyrox  Euthyrox  Néomercazole

**Autres** : .....

**Si dosage de médicaments** : (Traitement/Posologie/Date et heure dernière prise)  
Trait et Pos:.....Date :.....H :.....

**Grossesse ou bilan hormonal** (B-HCG, LH, FSH, oestradiol, prolactine)

**Date des dernières règles** : ..... **Début de grossesse** : .....

Diabète  Chimio  Dialyse  Autres : .....

## DIFFUSION DES RÉSULTATS

*(un exemplaire est systématiquement envoyé au prescripteur)*

**En signant ce consentement, le patient accepte** :

- de récupérer ses résultats **au laboratoire** (avec la carte vitale ou une pièce d'identité)
- que ses résultats soient transmis par **voie postale**
- que ses résultats soient transmis **au correspondant** : .....
- que ses résultats soient transmis **à l'IDE** ayant réalisé le prélèvement
- que son résultat de TP/INR soit transmis **sur serveur sécurisé** à l'IDE ayant réalisé le prélèvement.
- de recevoir des informations du laboratoire par SMS et ses résultats **sur une plateforme sécurisée Kiro.**

*Signature*

## COMMUNICATION AVEC LE LABORATOIRE

**N'hésitez pas à nous communiquer vos réclamations, remarques, observations ou toutes autres demandes :**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....