



Nom d'usage : .....
Nom de naissance : .....
Prénom : .....
Date de naissance : .....
Lieu de naissance : .....
Sexe : [ ] M [ ] F
Adresse : .....
Tél. : .....

N° SS : .....
Caisse : .....
Mutuelle N° préfectoral : .....
[ ] ALD [ ] Invalidité [ ] AT (date : ..... )
[ ] C2S [ ] Grossesse (DDR : ..... )

Vérification de l'identité par un document officiel
[ ] CNI [ ] Passeport [ ] Titre de séjour

Préleveur : ..... Date : .....
[ ] IDE [ ] Sage – femme [ ] Médecin [ ] Autres : .....
Signature : ..... Heure : .....
1er Prescripteur : .....
2ème Prescripteur : .....
Date ordonnance : .....

Urgent : [ ] oui [ ] non

Résultats
[ ] Internet Adresse mail :
J'accepte de recevoir des informations du Laboratoire Unilabs ou de ses partenaires mandatés par e-mail, et la mise en ligne de mes résultats sur la plateforme sécurisée Kiro. Je reconnais que mon adresse e-mail est personnelle, sécurisée et accessible uniquement aux personnes autorisées.

Consentement obligatoire (signature du patient) :
[ ] Laboratoire
[ ] Pharmacie
Cachet correspondant
[ ] SMS IDE (INR) [ ] Poste (par défaut)

Renseignements cliniques :
[ ] A jeun [ ] Non à jeun [ ] Post prandial
Poids (si Cockroft) : ..... DDR : .....
Traitement anticoagulant : [ ] Préviscan [ ] Coumadine
[ ] HBPM [ ] Calciparine [ ] Pradaxa [ ] Eliquis [ ] Xarelto
[ ] Aucun [ ] Autres.....
Traitement thyroïde : [ ] NON [ ] OUI, Lequel
[ ] Lévothyrox [ ] Euthyrox
[ ] Néomérazole [ ] Autres : .....
Posologie, date et heure dernière prise (si dosage médicament ou injection Calciparine) : .....
[ ] Traitement antibiotique : Nom : .....
[ ] Bilan routine [ ] Suivi grossesse [ ] Suivi diabète
[ ] Hémopathie [ ] Chimiothérapie [ ] Autre : .....

Examens demandés : (joindre ordonnance)
.....
.....
.....

Nombre d'échantillons : .....
[ ] sang [ ] urines [ ] selles
[ ] écouvillons [ ] autres : .....

En cas de demande de phénotype érythrocytaire (groupe sanguin) et/ou RAI et/ou RAI si Hb<X (une détermination par boîte)

Vérification de l'identité patient effectuée d'après document officiel : [ ] OUI [ ] NON

Grossesse : non [ ] oui [ ] Date de début : ..... Lieu prévu d'accouchement : .....
Injection de gamma-globulines anti-D (Rophylac®) : non [ ] oui [ ]
Si oui, date : ..... Dose injectée : 200 µg [ ] 300 µg [ ]
Transfusions récentes connues (< 4 mois) : non [ ] oui [ ] date : .....
Urgence : non [ ] oui [ ]
Intervention (nature) : [ ] : ..... ou Transfusion : [ ] prévue
Date et lieu : .....
Données cliniques : [ ] Hémopathie : ..... [ ] Greffe Cellules Souches Hématopoïétiques (CSH) : date.....
Traitement (Ac monoclonaux): Anti-CD38 : [ ] Daratumumab [ ] Isatuximab [ ] Anti-CD47

Cadre réservé au laboratoire Réceptionné par : ..... Date : ..... Heure : .....
Nombre tubes Sec : ..... Citrate : ..... EDTA : ..... Fluoré : ..... [ ] Urines (échantillon) [ ] Urines (24h) [ ] Selles [ ] Autres
Conformité des échantillons : [ ] oui [ ] non