



# Laboratoire de Biologie Médicale Cedibio - Unilabs

my-unilabs.fr

## Fiche de transmission de prélèvement

Nom d'usage : ..... N°SS : .....  
 Nom de naissance : ..... Caisse : .....  
 Prénom : ..... Mutuelle : .....  
 Date de naissance : ..... N° préfectoral : .....  
 Sexe :  M  F  
 Adresse : .....  
 Tél. : ..... Mail : .....  
 ALD  Invalidité  AT (date AT : ..... )  Grossesse (Date dernières règles : ..... )

Préleveur : ..... Date : ..... / Heure : ..... 1 <sup>er</sup> Prescripteur : ..... 2 <sup>ème</sup> Prescripteur : ..... Date ordonnance : ..... Nbre : ..... Ordonnance renouvelable : <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui Contexte : ..... .....	<b>Urgent : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</b> <b>Résultats :</b> <input type="checkbox"/> par mail (consultation en ligne sur Kiro) Faire compléter et signer <b>obligatoirement</b> le <b>consentement</b> DE-A4-165 (à défaut le résultat sera transmis par courrier) <input type="checkbox"/> Laboratoire (à récupérer) <input type="checkbox"/> Courrier (voie postale) <input type="checkbox"/> IDE-Lab ( <b>à compléter par le patient</b> ) <u>Diffusion résultats (INR, Anti XA, Plaq, K) :</u> Je soussigné(e), Mme/Mr ..... ..... autorise mon infirmier(e) Mme/Mr ..... ..... à consulter mes résultats. Signature Patient (obligatoire) :
<b>Renseignements Cliniques :</b> <input type="checkbox"/> A jeun <input type="checkbox"/> Non à jeun <input type="checkbox"/> Post Prandial Poids (si Cockcroft) : ..... <b>Traitement anticoagulant :</b> <input type="checkbox"/> Préviscan <input type="checkbox"/> Coumadine <input type="checkbox"/> HBPM <input type="checkbox"/> Calciparine <input type="checkbox"/> Pradaxa <input type="checkbox"/> Eliquis <input type="checkbox"/> Xarelto <input type="checkbox"/> Autres ..... <b>Traitement thyroïde :</b> <input type="checkbox"/> Lévothyrox <input type="checkbox"/> Euthyrox <input type="checkbox"/> Néomercazole <input type="checkbox"/> Autres ..... <b>Posologie, date et heure dernière prise</b> (si dosage médicament ou injection Calciparine) : ..... <b>Traitement antibiotique :</b> <input type="checkbox"/> Nom : ..... <input type="checkbox"/> Bilan routine <input type="checkbox"/> Suivi Grossesse <input type="checkbox"/> Suivi diabète <input type="checkbox"/> Hémopathie <input type="checkbox"/> Chimiothérapie <input type="checkbox"/> Autre ..... <b>Signes Cliniques ou Autres précisions:</b> ..... .....	<b>Examens demandés :</b> (joindre ordonnance)  <b>Remarque importante:</b> Pour tout prélèvement de <b>Bactériologie</b> , veuillez <b>compléter</b> et <b>joindre</b> le formulaire spécifique disponible au laboratoire (Exemples : ECBU, Coproculture, Expectoration, Prélèvement Gynéco, Plaies .....etc.)

En cas de demande de groupe sanguin et/ou RAI et/ou RAI si Hb < X

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

Grossesse :  non  oui Date dernières règles : ...../...../.....

Injection Gammaglobulines anti-D (Rophylac®) :  non  oui Date : ...../...../.....  200 µg  300 µg

Transfusion récente (< 4 mois) connue :  non  oui Date : ...../...../.....

Intervention :  non  oui Date : ...../...../.....

Transfusion prévue :  non  oui Date : ...../...../.....