



## Fiche de transmission de prélèvement

|             |               |                |
|-------------|---------------|----------------|
| Préleveur : | Date du pvt : | Heure du pvt : |
|-------------|---------------|----------------|

| PATIENT  | ASSURE   |
|--|--|
| Nom d'usage :  | N°SS :   |
| Nom de naissance :   | Nom :  |
| Prénom :   | Date de naissance :  |
| Date de naissance :  | Caisse :   |
| Sexe : M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> | Mutuelle :   |
| Adresse :  | N° Télétransmission/AMC :  |
| Mail :   | 100%INV <input type="checkbox"/> ALD <input type="checkbox"/> MATER <input type="checkbox"/> |
| Tel :  |  |

## RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

URGENCE A jeun : oui  non Chimiothérapie Traitements :AVK :

Date des dernières règles (bhcg) :

Entresto ? (si BNP ou NTproBNP) :  oui  non

Autres Médicaments :

Groupes et RAI :

Date et heure de prise :

Transfusion <4 mois ? : date ?

Posologie :

Injection Rophylac ? : date ?

Antibiotiques (si bactério) :

Poids (si créatinine):

ECHANTILLONS TRANSMIS

Tube bleu,  Tube rouge,  Tube vert,  Tube violet,  Tube gris

Urines échantillon,  Urines 24H,  Urines HLM

Ecouvillonnage Site de prélèvement :

RESULTATS

Au laboratoire  
 A poster  
 Par mail  
 Casier Laboratoire  
 Faxer au Médecin

RECEPTION AU LABORATOIRE

Réalisé par :  
 Date de réception :  
 Heure de réception :  
 Conforme :  oui  non



## Fiche de transmission de prélèvement

|             |               |                |
|-------------|---------------|----------------|
| Préleveur : | Date du pvt : | Heure du pvt : |
|-------------|---------------|----------------|

| PATIENT  | ASSURE   |
|--|--|
| Nom d'usage :  | N°SS :   |
| Nom de naissance :   | Nom :  |
| Prénom :   | Date de naissance :  |
| Date de naissance :  | Caisse :   |
| Sexe : M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> | Mutuelle :   |
| Adresse :  | N° Télétransmission/AMC :  |
| Mail :   | 100%INV <input type="checkbox"/> ALD <input type="checkbox"/> MATER <input type="checkbox"/> |
| Tel :  |  |

## RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

URGENCE A jeun : oui  non Chimiothérapie Traitements :AVK :

Date des dernières règles (bhcg) :

Entresto ? (si BNP ou NTproBNP) :  oui  non

Autres Médicaments :

Groupes et RAI :

Date et heure de prise :

Transfusion <4 mois ? : date ?

Posologie :

Injection Rophylac ? : date ?

Antibiotiques (si bactério) :

Poids (si créatinine):

ECHANTILLONS TRANSMIS

Tube bleu,  Tube rouge,  Tube vert,  Tube violet,  Tube gris

Urines échantillon,  Urines 24H,  Urines HLM

Ecouvillonnage Site de prélèvement :

RESULTATS

Au laboratoire  
 A poster  
 Par mail  
 Casier Laboratoire  
 Faxer au Médecin

RECEPTION AU LABORATOIRE

Réalisé par :  
 Date de réception :  
 Heure de réception :  
 Conforme :  oui  non