

FICHE DE TRANSMISSION DE PRÉLÈVEMENT

Nom Usuel :

Prénom :

Nom de Naissance :

Date de naissance :

Lieu de naissance (ville + Pays) :

Sexe : Féminin Masculin

Poids :

Vérification de l'identité du patient via un document officiel à haut niveau de confiance. Indiquer quel document a été utilisé pour la vérification : Carte d'identité Passeport Carte de séjour.

OBLIGATOIRE pour envoi du compte rendu dans le DMP du patient + pour les Groupes Sanguins.

Adresse :

CP / Ville :

Téléphone :

Portable :

N° sécurité sociale :

Caisse :

ALD Invalidité AME C2S (CMU) Maternité, date de grossesse **obligatoire** :

Mutuelle :

N° Télétransmission / AMC / Préfectoral :

Fin droits Mut :

Si AT : Prise en charge par la caisse Prise en charge par l'employeur / assurance → **Fournir les docs**

Nom + Prénom du préleveur :

Date du prélèvement : Heure de prélèvement :

Ordonnance : jointe au labo à venir

Autre(s) ordonnance(s) renouvelable(s) déjà chez nous ? Si oui, examens demandés : INR Plaquettes

Autre bilan :

Échantillons : à jeun non à jeun Prélèvement difficile Bilan Urgent

sang (nombre de tubes) :  :  :  :  :  :

urines/selles jointes urines/selles à venir autres :

Renseignements cliniques : Aucun traitement Bilan hormonal, Date dernières règles :

Traitement anticoagulant : Dernière prise : Posologie :

Dosage de médicament : Dernière prise : Posologie :

Demande de groupe sanguin et / ou RAI : Identité du patient vérifiée via un document officiel

Nom de naissance **obligatoire** :

Antécédent transfusionnel ≤ 4 mois : Non Oui, Date de la transfusion :

Grossesse : Non Oui, Date de début de grossesse :

Injection de Rophylac : Non Oui, date de l'injection :

Résultats

à poster (toujours en plus) au laboratoire à téléphoner à faxer

INR sur smartphone patient par Bioserveur INR sur smartphone IDEL par Bioserveur

par internet **adresse mail et signature obligatoire** :

Résultat internet : Je soussigné(e)..... accepte de recevoir des informations du Laboratoire Unilabs par e-mail, et la mise en ligne de mes résultats sur la plateforme sécurisée Kiro. Je reconnais que mon adresse mail est personnel, sécurisée et accessible uniquement aux personnes autorisées.

Adresse mail obligatoire :

Le **Signature** :

☞ Consentement à faire signer par le patient uniquement la première fois.

Photocopie ordonnance : au patient à l'infirmier(e)