



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 obligatoire (CI, passeport, 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 Si RAI et/ou phénotype érythrocytaire (groupe sanguin), obligatoirement remplir formulaire MU-ENR-038 (verso)

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"/> Jointes			
<input type="checkbox"/> À venir	<input type="checkbox"/> À venir			

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

A jeun : ☐ Oui ☐ Non Poids du patient (si Cockcroft) :
 INR Cible :
 Traitement anti-coagulant : ☐ Aucun ☐ Préviscan ☐ Coumadine
☐ Sintrom ☐ Xarelto ☐ Pradaxa ☐ Eliquis ☐ Calciparine ☐ HBPM
☐ Héparine Autres :
 Traitement thyroïde : ☐ Lévothyrox ☐ Euthyrox ☐ Néomercazole
 Autres :
 Si dosage de médicaments : (Traitement/Posologie/Date et heure dernière prise)
 Traitement et Posologie:
 Date : H :
 Grossesse ou bilan hormonal (B-HCG, LH, FSH, œstradiol, prolactine)
 Date des dernières règles : Début de grossesse :

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 :

.....

