



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

PRESCRIPTION

Prescription orale : Oui Non Examens demandés :

Ordonnance renouvelable (Joindre obligatoirement une copie) : OUI NON

Date de l'ordonnance :

Prescripteur :

Médecin traitant si différent :

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
Uries		Selles	Ecouvillon	
<input type="checkbox"/> Jointes	<input type="checkbox"/> Jointes			
<input type="checkbox"/> À venir	<input type="checkbox"/> À venir			

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

ASSURÉ

Caisse :

N° SS :

Mutuelle :

N° préfectoral :

ALD CMU Invalidité

Accident du travail →

Date :

(Joindre une copie de la déclaration d'AT)

Autre prise en charge :

Régime Alsace/Moselle

Fond National Solidarité Vieillesse

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

A jeun : Oui Non Poids du patient (si Cockcroft) :

INR Cible :

Traitement anti-coagulant : Aucun Prévican 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 :

COMMUNICATION AVEC LE LABORATOIRE

N'hésitez pas à nous communiquer vos réclamations, remarques, observations ou toutes autres demandes :

.....

