



BILAN URGENT



(Réservé au laboratoire)
Coller ici l'étiquette du Dossier patient

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS:

Identité du préleveur : _____

Prélèvement effectué le : ____ / ____ / ____ à : ____ H ____



Identité patient vérifiée avec pièce d'identité officielle : **OUI** **NON**



Nom usuel patient : _____

Nom de naissance : _____

Prénom patient : _____

Lieu de naissance : _____

Date de Naissance : ____ / ____ / ____

Sexe : ☐ Féminin ☐ Masculin

Téléphone : _____

Adresse mail : _____ @ _____

Adresse

postale : _____

N° de Sécurité sociale : _____

Nom et prénom assuré si différent du patient : _____

Caisse : _____

Mutuelle : _____

N°AMC / Télétransmission : _____

Si possible joindre copie de la carte de mutuelle.

TRANSMISSION DES RESULTATS:

Ordonnance jointe : ☐ OUI ☐ NON

PATIENT : ☐ POSTE ☐ LABO ☐ INTERNET



Signature Patient
si internet :

☐ En cochant cette case, j'accepte de recevoir des informations du Laboratoire Unilabs ou de ses partenaires mandatés (*) par e-mail, et la mise en ligne de mes résultats sur la plateforme sécurisée Kiro. Je reconnais que mon adresse e-mail est personnelle, sécurisée et accessible uniquement aux personnes autorisées.
(*) Votre Laboratoire peut également vous transmettre des informations d'ordre pratique (changement d'horaires, d'adresses etc.) et des enquêtes de satisfaction ponctuelles en vue d'améliorer la qualité de nos services.

MEDECIN :

☐ TEL

☐ FAX :

Envoi d'une copie à : _____

DMP* :

☐ AUTORISATION

☐ REFUS

↪ Si copie carte d'identité fournie

*Dans le cas où aucune case n'est cochée, la transmission sera effectuée par défaut.

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES:

PATIENT A JEUN : ☐ OUI ☐ NON

☐ **Dosage de médicament / anticoagulant :**

Nom du médicament : _____

Posologie : _____

Date et heure dernière prise : _____

Pathologie(s) connue(s) / symptômes :

☐ Fièvre

☐ Sous anticoagulant

☐ Douleurs cardiaques

☐ Hémopathie

☐ HTA

☐ Chimiothérapie

☐ Immuno-déprimé

☐ Diabète

☐ Dialysé

☐ Autre :

☐ **Antécédent transfusionnel :**

☐ OUI*

☐ NON

*Si oui joindre Carte de groupe si demande RAI.

☐ **Bilan Hormonal :**

DDR : _____

☐ **Grossesse :**

DDG : _____

Rhophylac : ☐ OUI ☐ NON

Dernière prise : Date & Quantité : _____

Nom de la maternité
d'accouchement si connue : _____

Nb de
tubes
prélevés :



Autres : _____

☐ **Commentaire éventuel :**



ORDRE DE PRÉLÈVEMENT DES TUBES :



AUTRES TUBES

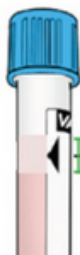


Homogénéiser les tubes remplis par 8 à 10 retournements lents

REPLISSAGE DES TUBES :



**ATTENTION AU VOLUME DE REMPLISSAGE DES TUBES
EN PARTICULIER POUR LES TUBES CITRATES**



**POUR LES TUBES
CITRATES**

**LE NIVEAU DE
REPLISSAGE
SE SITUE DANS
L'INTERVALLE DU
TRIANGLE**

Tolérance +/- 10%

**DE MANIERE GENERALE
RESPECTER
LE NIVEAU DE
REPLISSAGE
POUR EVITER DES
CONSEQUENCES
SUR LES RESULTATS**



IDENTITOVIGILANCE :

L'identitovigilance est un préalable essentiel à la qualité et la sécurité des soins.

IL EST IMPORTANT DE BIEN VERIFIER L'IDENTITE DU PATIENT A CHAQUE PRELEVEMENT.



La mise en place de l'INS (Identité Nationale de Santé) requiert la vérification systématique de l'identité du patient au moyen d'une pièce officielle d'identité.

Laboratoire Galliéni

11 Avenue Galliéni
33500 Libourne
05.57.55.38.48

laboratoire.gallieni@unilabs.com

Laboratoire Rialto

9 Allée Robert Boulin
33500 Libourne
05.57.51.10.89

laboratoire.rialto@unilabs.com

Laboratoire Coutras

6 Rue François Mitterrand
33230 Coutras
05.57.48.40.60

laboratoire.coutras@unilabs.com

Laboratoire Vayres

14 Avenue de Libourne
33870 Vayres
05.57.84.92.92

laboratoire.vayres@unilabs.com



Laboratoire St Loubès

3 Chemin du Livey
33450 Saint Loubès
05.56.78.93.68

laboratoire.stloubes@unilabs.com

Laboratoire Montpon

82 Avenue Georges Pompidou
24700 Montpon Menesterol
05.53.80.07.35

laboratoire.montpon@unilabs.com

Laboratoire Belvédère

26, Boulevard Joliot Curie
33100 BORDEAUX
05.17.93.01.35

laboratoire.belvedere@unilabs.com