



URGENT

IDENTIFICATION DU PATIENT

Nom de naissance :	Nom marital :
Prénoms :	Sexe : <input type="checkbox"/> féminin <input type="checkbox"/> Masculin
Date de naissance :	Identification INS : joindre une copie de la carte d'identité* <i>*CNI obligatoire pour les examens d'Immunohématologie : Coombs, Groupe sanguin, RAI etc.</i>

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

Adresse	N°.Rés. Bat. Rue :	Code postal :	Commune/ville/Pays :
Tél. portable : 06	Tel. fixe :	E. Mail :	

PRISE EN CHARGE – TIERS PAYANT

RENOUVELLEMENT ORDO

Documents joints : Ordonnance Attestation de SS Carte vitale Attestation de mutuelle Doc. Identité (CNI etc.)
Numéro Caisse SS : N°SS : Autres doc. :
Nom Mutuelle : Réf. mutuelle :

PRESCRIPTEUR

Nom :	
Prénom :	
Tél :	
Fax :	
RESULTAT	<input type="checkbox"/> au patient <input type="checkbox"/> au Médecin <input type="checkbox"/> à l'IDE * <input type="checkbox"/> à faxer <input type="checkbox"/> à Poster <input type="checkbox"/>
* J'autorise le préleveur à récupérer mon résultat Signature :	

PRELEVEUR

Nom :	
Prénom :	
Tél :	
Portable :	
<input type="checkbox"/> Infirmier <input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> Sage-femme <input type="checkbox"/> Biologiste <input type="checkbox"/> Technicien <input type="checkbox"/> Autre (préciser) :	

CONDITIONS DE PRELEVEMENT

Patients	Microbiologie
Jeûne : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> Non Pathologie(s) : <input type="checkbox"/> Diabète <input type="checkbox"/> HTA <input type="checkbox"/> Autres : Traitement en cours Médicament : obligatoire si dosage des Posologie : médicaments, TP/INR Date Heure de la dernière prise : Renseignements divers <input type="checkbox"/> Poids : <input type="checkbox"/> DDR : <input type="checkbox"/> Autres : <input type="checkbox"/> DDG : terme : SA	<input type="checkbox"/> Urines fraîches <input type="checkbox"/> Col érythémateux <input type="checkbox"/> Sondage vésical <input type="checkbox"/> Pertes <input type="checkbox"/> Sonde à demeure <input type="checkbox"/> Ménométrorragies <input type="checkbox"/> Urines 1 ^{er} jet <input type="checkbox"/> fièvre <input type="checkbox"/> Urines 2 ^{ème} jet <input type="checkbox"/> Autres : Commentaires sur le patient

PRELEVEMENT – ENCHANTILLONS PRELEVES

Tubes	Nbr	Pots	Nbr	Autres	Nbr	Date :
<input type="checkbox"/> EDTA (violet) :		<input type="checkbox"/> Urines ST OU NST :		<input type="checkbox"/> PV :		Heure : Commentaires sur le prélèvement
<input type="checkbox"/> Sec (rouge) :		<input type="checkbox"/> Urines 24h :		<input type="checkbox"/> PV Chla :		
<input type="checkbox"/> Sec à gel (jaune) :		<input type="checkbox"/> Selles :		<input type="checkbox"/> PV Myco :		
<input type="checkbox"/> Citraté (bleu) :		<input type="checkbox"/> Autres (préciser) :		<input type="checkbox"/> PU :		
<input type="checkbox"/> Fluoré (gris) :				<input type="checkbox"/> PU Chla :		
<input type="checkbox"/> Hép. Lith. (vert) :				<input type="checkbox"/> PU Myco :		
<input type="checkbox"/> Autres (préciser) :				<input type="checkbox"/> Mycologie :		

Acheminé par : Préleveur Patient Parent Coursier labo Autre Coursier Autres.....

ZONE RESERVEE AU LABORATOIRE

Réception		Revue de contrat	Conformité	Dérogation Bio	Nature de la NC Commentaires
Site		Ordonnance	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Date		Préconisations patient	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Heure		Conditions de prélèvement	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Nom - Visa du technicien		Prélèvement(s) :	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
		nombre	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
		Conditionnement (tube, pot, etc.)	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
		Remplissage	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
		Conditions de transport (délai, T°)	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
		Autres :	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

- | | | | |
|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Anabio (0590 82 20 15) | <input type="checkbox"/> Assainissement (0590 82 53 05) | <input type="checkbox"/> Capesterre (0590 86 46 30) | <input type="checkbox"/> Colin (0590 82 10 08) |
| <input type="checkbox"/> Colomb (0590 81 46 60) | <input type="checkbox"/> Grand-Camp (0590 31 02 28) | <input type="checkbox"/> Jarry (0590 38 35 45) | <input type="checkbox"/> Gosier (0590 84 04 16) |
| <input type="checkbox"/> Marti (0590 91 29 00) | <input type="checkbox"/> Morne-À-L'Eau (0590 24 41 09) | <input type="checkbox"/> Le Moule (0590 48 15 39) | <input type="checkbox"/> République (0590 81 08 24) |
| <input type="checkbox"/> Saint-François (0590 88 59 84) | <input type="checkbox"/> Saint-Martin (0590 54 04 54) | | |