

**FICHE DE LIAISON À REMPLIR PAR LE PRÉLEVEUR**

DE-PRÉLÉ-PREL-004-05

**PRÉLEVEUR (Nom + Prénom) :**

.....

Portable (si modification) : .....

SMS (INR) après information du patient

**PRÉLÈVEMENT :**  URGENT (utiliser une étiquette urgent pour signaler les boîtes urgentes)

DATE : ..... / ..... / ..... HEURE : ..... h.....

**A JEUN :**  Oui  Non    Prélèvement difficile :  Oui  Non

Echantillon(s) en attente de transmission :

Sang    Urine    Autre : .....

**PRESCRIPTION :**

- Ordo déjà au laboratoire : Prescripteur : .....
- Ordonnance à venir ⇨ Examens demandés : .....
- Copie à un autre prescripteur : Prescripteur : .....

**PATIENT :**

**SEXE :**  F    M

Nom usuel : ..... Date de Naissance : .....

**NOM DE NAISSANCE** (obligatoire) : ..... Téléphone : .....

Prénom : ..... Mail : .....

Adresse : .....

**RESULTATS PATIENT:**

- À récupérer au labo
- SMS (uniquement INR)
- À envoyer par e-mail
- À poster

**FACTURATION :** Nouveaux patients ou changement, merci de joindre les copies des attestations de sécurité sociale et de mutuelle.

Transmettre la copie ou directement la photo par mail à [facturation@cbl.bio](mailto:facturation@cbl.bio)

CAISSE :  CPAM    MSA    Autre : .....

N° SS : ..... CENTRE : .....

Mutuelle (N° AMC / Prefectoral) : .....

**RENSEIGNEMENTS CLINIQUES :**

**Poids :** ..... **Début de grossesse** (impératif à partir du 6ème mois) : .....

Contexte	INR (AVK) <input type="checkbox"/> RELAI AVK-héparine	Dosage médicament	Infectiologie	Hormonologie
<input type="checkbox"/> Bilan routine	<input type="checkbox"/> Préviscan <input type="checkbox"/> Coumadine <input type="checkbox"/> Sintrom	Médicament : .....	Fièvre : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Date dernières Règles : .....
<input type="checkbox"/> Diabète	<input type="checkbox"/> Minisintrom <input type="checkbox"/> Héparine <input type="checkbox"/> HBPM	lithium / digoxine / dépakine	Début des symptômes : .....	Jours du cycle : .....
<input type="checkbox"/> Chimiothérapie	Posologie : .....	tégréto / Phénobarbital / anti rejet	Date d'exposition (IST) : .....	Traitement Thyroïde : .....
indication : .....	Cible thérapeutique : <input type="checkbox"/> 2-3 <input type="checkbox"/> 3-4.5	(prograf/ciclosporine)		date et heure dernière prise : .....
<input type="checkbox"/> Trouble thyroïde	Indication : AVC / Trouble rythme / Phlébite /	Posologie : .....		
Pathologie connue : .....	Thromb. artérielle / Valve MECANIQUE	Date / heure dernière prise : .....		
<b>GRUPE / RAI</b>	Transfusion < 4 mois ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Si grossesse, date de la dernière injection anti-D (Rophylac) : .....		

**CONTRÔLE À RÉCEPTION (à remplir par le laboratoire)**

Nature échantillon :  Sang    Urine    Autre : .....

Nombre de tubes : ..... Rouge / ..... Jaune / ..... Bleu / ..... Vert / ..... Mauve / ..... Gris

**IDENTIFICATION OBLIGATOIRE DE TOUS LES PRÉLÈVEMENTS**

				<b>PAD</b>
				<b>URGENT</b>

