

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

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 :	tégrétol / 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 :		
GRUPE / RAI	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

				PAD
				URGENT

