

Identification du patient

Sexe : M / F

Nom d'usage :

Nom de naissance (**obligatoire**)

Prénom :

Date de naissance :/...../.....

Adresse :

CP : _____ Ville : _____

Tél :

Port :

demande ETIQUETTE patient

Rendu du résultat patient

Mail : _____ @ _____

Pharmacie Poste Laboratoire Urgent (+élastique)

N° Sécu :/...../...../...../..... // ...

Nom, prénom de l'assuré (si ≠) :

Date de naissance (si ≠) :

Nom du centre Sécu (CPAM/MSA ...) : _____

ALD Invalidité

Mutuelle : _____ N° préf/AMC : _____

Transmetteur

Mail transmetteur

Renseignements

Traitement actuel :

Dernière prise :

le.....à.....h.....

Autres (poids, transfusion, injection anti D, pathologie, voyages ...) :

DDR :

Code (BHCG) : _____

Prélèvement :

Date :

... / ... / ...

Heure : ... h ...

non-respect du jeun

Urines à venir

prélèvement difficile

Nombre :

Sang :

Urines :

Prescripteur :

Nb d'ordo(s) :

Ordo à suivre

Double au Dr : _____

Résultat médecin (en + du courrier)

Fax

Tel

Préleveur :

Nom :

**Résultats
par mail IDE**

Réservé au laboratoire

Tubes supplémentaires

Citrate Sec Héparine EDTA Fluorure

Initiales :

Etiquette
Ajout d'analyses non
prescrites voir au verso



Ajout d'analyses non prescrites ou accord pour analyses HN

En signant ce document, je reconnais avoir été informé :

- Des conditions de prélèvement et du lieu de réalisation des analyses.
- Du délai et des modalités de rendu des résultats.
- Que certaines analyses peuvent ne pas être prises en charge (HN)
- Du fait que le montant des analyses demandées ne pourra être pris en charge par la caisse d'assurance maladie. Je m'engage à en régler le montant au laboratoire à réception de la facture.

Analyse(s) demandée(s) :

Médecin à contacter en cas d'analyse perturbée

Nom :

Ville :

Fait le/...../.....

Signature du patient :.....

L'ensemble des préconisations pour les prélèvements est disponible sur notre site :

www.labo-normandie-maine.fr