



Fiche de Prélèvement de Biologie Médicale

Les cases en rouge sont obligatoires, même si le patient est connu

PATIENT

Nom :
Nom de naissance :
Prénom :
Date de naissance : / /
Sexe : Masculin Féminin

Adresse :
CP / Ville :
Tél / Port :
Mail :

TIERS PAYANT

N° SS :
Caisse :
Mutuelle :

Si le patient n'est pas l'assuré :

Nom :
Prénom :
N° SS :
Date de naissance : / /

TRANSMISSION DES RESULTATS

Site internet Mail
 Retrait au laboratoire Courrier
 Copie au médecin traitant :
Renouvellement d'étiquettes : Oui Non

RENSEIGNEMENTS DIVERS

.....

CONTROLE RECEPTION AU LABO

facultatif

Heure h Par :
Non-conformité : Oui

PRELEVEMENT

Urgent

Date : / / Heure : h

Prélèvement difficile : Oui Non
 Non à jeun À jeun

Prélevé par :
Nom :
Prénom :
 IDE* Médecin Sage-femme Prél. interne
*cabinet infirmier :

Prochain RDV : / / h

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

Bilan de santé
 Grossesse DDR :
 Chimiothérapie
 AVK : Posologie :
Cible :
 Médicament à doser : Poso. :
Date et heure dernière prise :
 Autre :

GRUPE SANGUIN - RAI

Identité vérifiée par pièce d'identité (obligatoire)
 Nombre de grossesses :
 Fausse couche / IVG, date :
 Antécédents transfusionnels / RAI positive :
date :
 Injection d'anti-D (Rophylac), date & poso. :
.....

Analyses hors nomenclature (non remboursées)

Accepté Refusé

Analyse sans ordonnance :

Liste des analyses : cf renseignements divers ou au dos de la feuille
J'autorise le laboratoire à réaliser les demandes inscrites sur ce document.
Je suis informé des tarifs et modalités de rendu des résultats.

Signature du patient
requis pour analyses HN, sans
ordonnance, mail, mineurs

ORDONNANCE

Médecin :
Date de prescription : / /
Analyses :
.....