

ENREGISTREMENT	C2 ENR 03
FICHE DE TRANSMISSION DE PRELEVEMENT	VERSION 6

URGENCE ☐

PATIENT (si connu du LBM ne renseigner que les Noms, Prénom et date de naissance)

Nom : Nom de jeune fille :
 Prénom : DDN :
 Adresse / Etablissement : Chambre :
 Tel : Mail : Serveur : ☐ OUI ☐ NON
 Commentaire (code portail, etc...) :

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

N° SS° : Organisme : Exonération :
 Mutuelle – AMC / code de télétransmission : Période de validité :

PRESCRIPTION (en cas d'absence d'ordonnance)

Médecin prescripteur ou à contacter :
 Examens demandés : Signature Patient souhaitable
 (demande sans ordonnance)

PRELEVEMENT

<input type="checkbox"/> Sang Date : Heure : Nb de tubes : Préleveur :	<input type="checkbox"/> Urines Date : Heure : <input type="checkbox"/> Milieu de miction <input type="checkbox"/> Sondage aller-retour <input type="checkbox"/> Sonde à demeure <input type="checkbox"/> Collecteur <input type="checkbox"/> Urines de 24 h → Diurèse :	<input type="checkbox"/> Autres Date : Heure : <input type="checkbox"/> Selles <input type="checkbox"/> Ecouvillon(s) <input type="checkbox"/>
---	--	--

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

A jeun OUI NON

RENDU DES RESULTATS

☐ A faxer : ☐ A poster (vérif. adresse)
☐ A Téléphoner : ☐ E-mail :
☐ Je souhaite que mes résultats soient consultables uniquement par le prescripteur

RECEPTION

Réservé au laboratoire

Nom : Date : Heure :
 Conformité des échantillons à la réception : ☐ Oui ☐ Non
 Commentaire :

Double contrôle de la saisie

Nom : Signature :

En cas d'utilisation en procédure dégradée, joindre obligatoirement l'ordonnance