

Site internet : <https://www.labexa.fr>

Carte d'identité vérifiée (Groupe sanguin – RAI – Nouveau patient)

Oui  Non

**PRELEVEUR**

- NOM + PRENOM : \_\_\_\_\_

- Date de prélèvement : \_\_\_\_\_ Heure : \_\_\_\_\_

**RENSEIGNEMENTS PATIENT**

SEXE :  H  F

NOM DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_ NOM D'USAGE : \_\_\_\_\_

PRENOM : \_\_\_\_\_ DATE DE NAISSANCE : \_\_ / \_\_ / \_\_

ADRESSE : \_\_\_\_\_

N° portable\* : \_\_\_\_\_

N° tél. fixe : \_\_\_\_\_

Adresse mail\* : \_\_\_\_\_

\*obligatoire si résultats internet

Etiquette patient  
ou  
QR code patient

*Si nouveau patient ou changement administratif, transmettre une copie des documents au secrétariat (coordonnées sur le site internet du laboratoire)*

**RENSEIGNEMENTS CLINIQUES**

A jeun  Non à jeun

Sans garrot  Prélèvement difficile DDR (si HCG ou bilan hormonal) : \_\_ / \_\_ / \_\_

si Créatinine : POIDS : \_\_\_\_\_ kg TAILLE : \_\_\_\_\_

Diabète :  NID  ID Suivi chimiothérapie :  Oui

Bilan sérologique : contrôle vaccination  Oui  Non

**SI DOSAGE DE MEDICAMENTS ou INR**

- Médicament : \_\_\_\_\_

- Posologie : \_\_\_\_\_

- Jour et heure dernière prise : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**SI RAI OU GROUPE SANGUIN**

- Transfusion < 4 mois:  Oui  Non

- Femme enceinte:

→ Injection de Rhophylac:  Oui  Non

Si oui, Date et posologie de l'injection : \_\_\_\_\_

**SI TRAITEMENT ANTI-COAGULANT PAR HEPARINE (DOSAGE DU TCA)**

HBPM  Calciparine → Transmettre au laboratoire en moins de 2 heures

**TRANSMISSION RESULTATS**

Internet  à poster  à garder labo  personne mandatée : \_\_\_\_\_

**Urgents**  à faxer au prescripteur  Etiquettes

ORDONNANCE :  Jointe  A venir  Au laboratoire

Médecin : \_\_\_\_\_  A renouveler pour les analyses : \_\_\_\_\_