Fiche de transmission d'un prélèvement

par infirmièr(e) libéral(e)

LABORATOIRE BARLIER
38 RUE GRENOUILLET
38780 PONT EVEQUE tel 04.74.16.19.00
C2 ENR 03 V2 Fiche transmission par IDE

Demande planche d'étiquettes ☐

patient : nom prénom :
né(e) le : nom de j.fille :
poids : sexe :M / F
adresse complète :

tel du patient : à poster client ? oui ☐ non ☐
N° SS : nom de l'assuré :
Si prise en charge :ALD☐ invalidité☐ mater☐ CMU☐ AT du .. / .. / ..
caisse concernée :
prescripteur :- - - -- - - - - - - - - - - - - - - - - faxer ☐
nom médecin **2** :- . faxer ☐ URGENT ☐
date de la prescription :. . . .
ordonnance jointe ☐ ordonnance au labo ☐ ou préciser :
*
*
*
*
analyses à venir : urines ☐ selles ☐
renseignements cliniques :
(Date des dernières règles si nécessaire, contexte …)

préleveur :
nom,prénom :
qualité :

Prélèvement date :
heure :
conditions (à jeun ?)
nombre d'échantillons
nature : sang urine selles
autre préciser :

Si traitement anticoagulant :
AVK ? Calci ? HBPM ?
nom.....
posologie.....
INR cible si AVK ou indication
si dosage de médicament : nom ,et dernière prise ?

réception au laboratoire par ..... date.....heure..... **Conforme :** ☐
Non-conformité : NC1 ☐ ..... NC2 ☐ ..... NC3 ☐ ..... NC4 ☐ .....
autres remarques :

Fiche de transmission d'un prélèvement

par infirmière libérale

LABORATOIRE BARLIER
38 RUE GRENOUILLET
38780 PONT EVEQUE tel 04.74.16.19.00
C2 ENR 03 V2 Fiche transmission par IDE

Demande de planche d'étiquettes ☐

patient : nom prénom :
né(e) le : nom de j.fille :
poids : sexe :M / F
adresse complète :

tel du patient : à poster client ? oui ☐ non ☐
N° SS : nom de l'assuré :
Si prise en charge :ALD☐ invalidité☐ mater☐ CMU☐ AT du .. / .. / ..
caisse concernée :
prescripteur :- faxer ☐
nom médecin **2** :- - - - - - - - - - - - - - - - - - -faxer ☐ URGENT ☐
date de la prescription :. . . .
ordonnance jointe ☐ ordonnance au labo ☐ ou préciser :
*
*
*
*
analyses à venir : urines ☐ selles ☐
renseignements cliniques :
(Date des dernières règles si nécessaire, contexte …)

préleveur :
nom,prénom :
qualité :

Prélèvement date :
heure :
conditions (à jeun ?)
nombre d'échantillons
nature : sang urine selles
autre préciser :

Si traitement anticoagulant :
AVK ? Calci ? HBPM ?
nom.....
posologie.....
INR cible si AVK ou indication
si dosage de médicament : nom ,et dernière prise ?

réception au laboratoire par ..... date.....heure..... **Conforme :** ☐
Non-conformité : NC1 ☐ ..... NC2 ☐ ..... NC3 ☐ ..... NC4 ☐ .....
autres remarques :