

ACCOLAB SUD-EST

Rhône (69)
Isère (38)

Fiche de Transmission de
prélèvements

Ref : DE-G0-003-05
Version : 05



IDENTIFICATION DU PATIENT

Nom et prénom : _____ Nom de jeune fille _____

Adresse : _____

Sexe : Homme Femme Enfant Date de naissance ___ / ___ / _____

Poids _____ kg Téléphone : ___ / ___ / ___ / ___ / ___

CPAM Centre _____ N° S.S. _____

Mutuelle _____

Rendu des résultats : Laboratoire
 Envoi Patient Fax Envoi Médecin
 Internet

Nombre d'ordonnance(s) : _____

Ordonnance du Dr. _____ du ___ / ___ / _____

Ordonnance du Dr. _____ du ___ / ___ / _____

PRELEVEMENT

Prélèvement réalisé par : _____

DATE : ___ / ___ / _____

Heure de prélèvement : _____ h _____ min

Visa ou cachet du préleveur :

Nombre d'échantillons : _____

Nature : sang urines autres : _____

à jeun non à jeun horaires respectés

autres : _____

Type de tubes : JAUNE ___ VERT ___ VIOLET ___
BLEU ___ ROUGE ___ GRIS ___ ROSE ___ NOIR ___

Renseignements cliniques :

Date des dernières règles : ___ / ___ / _____

Traitement anti-coagulant : PREVISCAN / SINTROM / MINI-SINTROM / COUMADINE 2 OU 5 / AUTRE : _____

Posologie : _____

RECEPTION AU LABORATOIRE :

DATE : ___ / ___ / _____

Prélèvement réceptionné à : _____ h _____ min

Par : _____

Conformité des échantillons à la réception (préciser si non-conformité) : oui non

- Discordance échantillons et documents transmis
- Intégrité de l'emballage
- Non-respect du délai de transmission
- Absence d'identification ou identification incomplète
- Non-respect de la température de transmission
- Prescription manquante

Cachet du laboratoire :