

**BRESSUIRE**  
 48 Bd du Guedeau  
 79300 Bressuire  
 Tél. 05 49 65 03 05  
 Fax. 05 49 74 37 29

**THOUARS**  
 2 Bd Bergeon  
 79100 Thouars  
 Tel. 05 49 66 26 37  
 Fax. 05 49 96 35 03

**THOUARS Porte de Paris**  
 38 rue Porte de Paris  
 79100 Thouars  
 Tél. 05 49 66 17 07  
 Fax. 05 49 96 16 98

**A DONNER A L'INFIRMIER(E) LORS DU PROCHAIN PRELEVEMENT: FICHE DE SUIVI MEDICAL CONFIDENTIELLE**

LABO BIOSEVRES BRESSUIRE 48, boulevard du Guédeau 79300 BRESSUIRE

Edité, le Mercredi 10 Janvier 2024

**PRELEVEUR**

NOM-PRENOM: \_\_\_\_\_ DATE/HEURE de PVT: .. / .. / .. à ..

PATIENT A JEUN?  OUI  NON

Nature et nombre d'échantillons:  Sang....  Urine....  Selles  Autres:.....

Difficulté de prélèvement : .....

Résultats patients :  O A poster  O Au laboratoire  O Internet (compléter ci-dessous)

Signature accord ..... Tel portable:.....  O SMS ou  O J'ai déjà un compte

**PRESCRIPTEUR JOINDRE OBLIGATOIREMENT LA PRESCRIPTION (Original ou copie)  O URGENT**

Prescripteur(s) et médecin traitant (si nécessaire):.....

O Ordonnance au Labo  O Absence d'ordonnance:..... Résultats médecin:  O A poster  O A faxer

Date prescription: .. / .. / .. Renouvellement:  O OUI  O NON

Examens demandés:.....

**PATIENT - Démographie**

Identité utilisée: **ME BIDULE ANNETTE**

Nom de naissance : TRUC

Date de naissance: 02/01/1954 Sexe: F INS: \_\_\_\_\_ Type INS: \_\_\_\_\_

Adresse complète: 15 rue de la chouette  
 79300 BRESSUIRE

Tél: 0549000001 Mobile: +33600010001



Vérification Identité avec pièce d'identité pour Groupe sanguin/RAI/Permis de conduire

O OUI  O NON Confirmation nom de naissance:.....

**PATIENT - Renseignements cliniques Poids(DFG):.....kg**

Dosage hormonal (HCG, FSH, LH, OEST,...): Date des dernières règles (DDR):..... Prolactine: repos 30mn  O OUI /  O NON

Suivi anticoagulant (INR): Nom molécule..... Posologie..... Indication.....

O Traitement Héparine HNF (ex:Calciparine) / HBPM :.....

Dosage médicament: Nom/Poso:..... Date et heure dernière prise: .. / .. / .. à .. h ..

Groupe sanguin/RAI: ATCD Transfusion  O OUI  O NON / ATCD Greffe  O - Noter la date:.....

O Grossesse.....  O FC/IVG  O Injection Anti-D (Rophylac), Date et Dose:.....

Autres:  O Diabète /  O Chimio /  O Prise d'antibiotiques .....

**PATIENT 100% - TIERS PAYANT**

N°SS:

Assuré:ME BIDULE\*ANNETTE

Caisse principale: 82000 Caisse inconnue

Mut+Date fin droits: .. / .. / ..

O 100% ALD  O 100% INVAL  O AT du :

O CMU  O ACS Fin droits:.....

O Maternité Date début de grossesse: .. / .. / ..

**TOUS LES TUBES DOIVENT ETRE IDENTIFIES AU MOMENT DU PRELEVEMENT**

**CADRE RESERVE LABO - Traçabilité des échantillons reçus en trop**

Sang: SEC.... EDTA.... Citrate.... Hépariné.... Fluoré.... Autres....

Urines: Sans Borate.... Avec Borate.... Flacon 24h.... VISA:.....

**Remise des résultats au laboratoire**

Nom/Prénom patient:..... Date de naissance:.....

Identité de la personne venant chercher les résultats:.....

Date du prélèvement:..... Signature patient:.....

ME BIDULE  
 N.Nai:TRUC  
 Annette  
 DDN:02/01/1954

ME BIDULE  
 N.Nai:TRUC  
 Annette  
 DDN:02/01/1954