

 LABM BIOSEVRES	LABORATOIRE BIOSEVRES FICHE DE SUIVI MÉDICAL CONFIDENTIELLE			TAMPON
	☐ Site de BRESSUIRE 48, Bd du Guédeau Tél. 05 49 65 03 05 Fax 05 49 74 37 29 sec.bressuire@laboratoire-biosevres.fr	☐ Site de THOUARS 2, Bd Bergeon Tél. 05 49 66 26 37 Fax 05 49 96 35 03 sec.thouars@laboratoire-biosevres.fr	☐ Site de THOUARS 2 38, Rue Porte de Paris Tél. 05 49 66 17 07 Fax 05 49 96 16 98 sec.thouarspp@laboratoire-biosevres.fr	

PRÉLEVEUR

NOM du préleveur : _____ Date et heure du prélèvement : le ____ / ____ / ____ à ____

Patient à JEUN ? : ☐ OUI ☐ NON

Nature et nombre d'échantillons : ☐ Sang _____ ☐ Urine _____ ☐ Selles _____ ☐ Autres : _____

Difficultés de prélèvement : _____

PRESCRIPTEUR JOINDRE OBLIGATOIREMENT LA PRESCRIPTION ☐ URGENT

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

☐ Ordonnance au laboratoire ☐ Absence d'ordonnance : _____ Résultats médecin : ☐ A poster ☐ A faxer

Date de la prescription : _____ Renouvellement : ☐ OUI ☐ NON

Examens demandés : _____

PATIENT - Démographie M. ☐ M^{me} ☐ M^{lle} ☐ Enfant ☐

Nom d'usage : _____ Prénom : _____

Nom de naissance (obligatoire) : _____

Date de naissance : ____ / ____ / ____ Sexe : ☐ M ☐ F

Adresse complète : _____

Téléphone : _____

Vérification Identité avec pièce d'identité pour Groupe sanguin, RAI et Permis de conduire : ☐ OUI ☐ NON

Les tubes doivent être identifiés au moment du prélèvement

PATIENT - Renseignements cliniques

Poids : _____ kg

♦ Dosage hormonal (HCG, FSH, LH, OEST,...) : Date des dernières règles (DDR) : _____ ♦ Prolactine : repos 30 mn ☐ oui ☐ non

♦ Suivi Anticoagulant (INR) : Nom molécule _____ Posologie _____ Indication _____

☐ Traitement Héparine non fractionnée HNF (ex. Calciparine)

♦ Dosage médicament : Nom : _____ Posologie _____ Date et heure de dernière prise : le ____ / ____ / ____ à ____

♦ Groupe sanguin / RAI : ATCD Transfusion : ☐ OUI ☐ NON / ATCD greffe ☐ - Noter la date : _____

☐ Grossesse ☐ FC / IVG ☐ Injection anti-D (Rophylac), Date et Dose : _____

♦ Autres : ☐ Diabète / ☐ Chimio / ☐ Prise d'antibiotiques _____

PATIENT 100% - Tiers-payant

N° Sécurité Sociale : _____ Nom - Prénom de l'assuré : _____

Caisse Principale : _____ Mutuelle : _____ Date fin droit Mut : _____

☐ 100 % ALD ☐ 100 % INVAL ☐ Accident Travail du : _____ ☐ CMU ☐ ACS Fin droit : _____

☐ Maternité - Date début de grossesse : _____

CADRE RÉSERVÉ LABO - Traçabilité des échantillons reçus en trop

Sang : SEC _____ EDTA _____ Citrate _____ Héparine _____ Fluoré _____ Autres _____

Urines : Sans borate _____ Avec borate _____ Flacon 24 h _____ Autres : _____ VISA : _____

RÉSULTATS PATIENT

☐ A poster ☐ Par internet : signature pour accord : _____ Tél. portable (obligatoire) : _____

☐ Adresse du site et identifiant transmis par SMS ou ☐ J'ai déjà un compte

☐ Au laboratoire : - Patient : coupon ci-dessous à compléter, découper et donner au patient (possibilité de venir avec une pièce d'identité)

- Tiers de confiance : compléter le coupon mais **ne pas le découper**

☐ Mention RGPD vue par le patient (signature) : _____

Remise des résultats au laboratoire

Nom et prénom du patient : _____ Date de naissance : _____

Date de prélèvement : _____ Identité de la personne venant chercher les résultats : _____

Signature patient : _____

