



Formulaire
**Preconisations Recueil des Urines
de 24 heures**

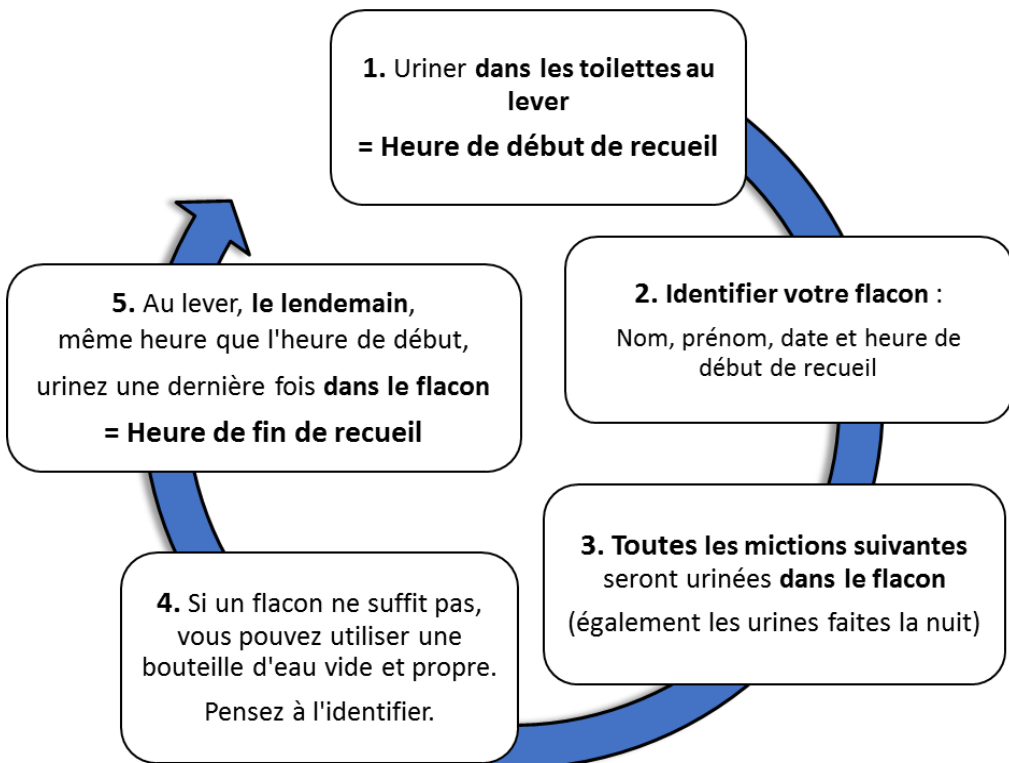
Référence : C1-INS04

Version 6

LABM BIOSEVRES

Intérêt : ce recueil permet l'analyse de certains paramètres de biochimie urinaire.

PRECONISATIONS POUR LE RECUEIL DE 24 HEURES



Le flacon pourra être conservé à température ambiante pendant les 24 heures (sauf avis contraire du laboratoire – selon les examens demandés).

La totalité des urines des 24 heures doit être acheminée au laboratoire dans les plus brefs délais.

L'étiquette collée sur le flacon rappelle ces préconisations.





Formulaire
**Preconisations Recueil des Urines
de 24 heures**

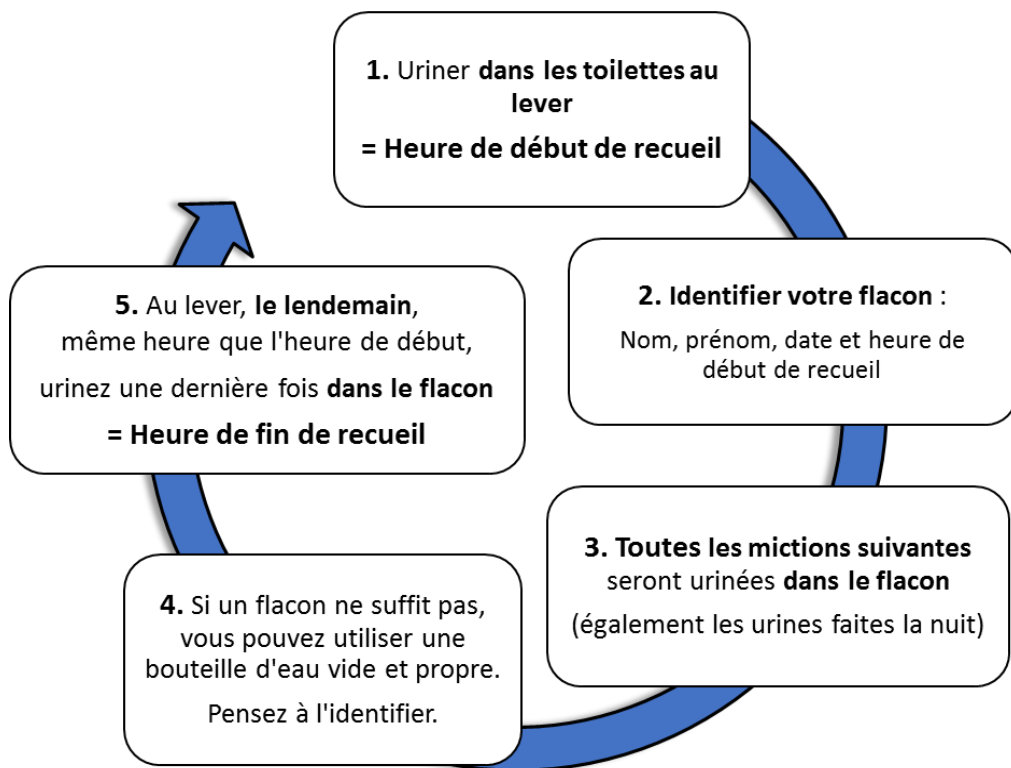
Référence : C1-INS04

Version 6

LABM BIOSEVRES

Intérêt : ce recueil permet l'analyse de certains paramètres de biochimie urinaire.

PRECONISATIONS POUR LE RECUEIL DE 24 HEURES



Le flacon pourra être conservé à température ambiante pendant les 24 heures (sauf avis contraire du laboratoire – selon les examens demandés).

La totalité des urines des 24 heures doit être acheminée au laboratoire dans les plus brefs délais.

L'étiquette collée sur le flacon rappelle ces préconisations.





Formulaire
**Preconisations Recueil des Urines
de 24 heures**

Référence : C1-INS04

Version 6

LABM BIOSEVRES

☐ **Site de Bressuire**

tél. 05 49 65 03 05
48 Bd du Guédeau
79300 BRESSUIRE

☐ **Site de Thouars**

tél. 05 49 66 26 37
2 Bd Bergeon
79100 THOUARS

☐ **Site de Thouars Porte de Paris**

tél 05 49 66 17 07
38 rue Porte de Paris
79100 THOUARS

**Merci de compléter le questionnaire suivant et de joindre
OBLIGATOIREMENT votre ordonnance**

PATIENT : M. ☐ Mme ☐ Melle ☐ Enfant ☐

Nom : Nom de naissance :

Prénom (s) :

Date de naissance : Sexe : ☐ M ☐ F

Adresse complète :

..... Tél :

Résultats patients : ☐ A poster ☐ A garder au labo

☐ Par Internet : identifiants transmis par SMS - **tél. portable(obligatoire)** :

☐ J'ai déjà un compte **Signature** pour accord Internet :

PRESCRIPTEUR :

Nom du prescripteur + coordonnées si nécessaire :

RENSEIGNEMENTS :

Date du recueil :

Heure de début du recueil : Heure de fin du recueil :

Avez-vous conservé votre flacon au réfrigérateur ? ☐ Oui ☐ Non

Circonstances de l'analyse :

.....

.....

PATIENT 100% - TIERS PAYANT :

N° de Sécurité Sociale :

Nom-Prénom de l'assuré :

Caisse principale : Mutuelle : Date fin de droit :



Formulaire
**Preconisations Recueil des Urines
de 24 heures**

Référence : C1-INS04

Version 6

LABM BIOSEVRES

☐ **Site de Bressuire**

tél. 05 49 65 03 05
48 Bd du Guédeau
79300 BRESSUIRE

☐ **Site de Thouars**

tél. 05 49 66 26 37
2 Bd Bergeon
79100 THOUARS

☐ **Site de Thouars Porte de Paris**

tél 05 49 66 17 07
38 rue Porte de Paris
79100 THOUARS

**Merci de compléter le questionnaire suivant et de joindre
OBLIGATOIREMENT votre ordonnance**

PATIENT : M. ☐ Mme ☐ Melle ☐ Enfant ☐

Nom : Nom de naissance :

Prénom (s) :

Date de naissance : Sexe : ☐ M ☐ F

Adresse complète :

..... Tél :

Résultats patients : ☐ A poster ☐ A garder au labo

☐ Par Internet : identifiants transmis par SMS - **tél. portable(obligatoire)** :

☐ J'ai déjà un compte **Signature** pour accord Internet :

PRESCRIPTEUR :

Nom du prescripteur + coordonnées si nécessaire :

RENSEIGNEMENTS :

Date du recueil :

Heure de début du recueil : Heure de fin du recueil :

Avez-vous conservé votre flacon au réfrigérateur ? ☐ Oui ☐ Non

Circonstances de l'analyse :

.....

.....

PATIENT 100% - TIERS PAYANT :

N° de Sécurité Sociale :

Nom-Prénom de l'assuré :

Caisse principale : Mutuelle : Date fin de droit :

