



IDENTIFICATION DU PATIENT PRÉLEVÉ :

M. Mme Enfant **Sexe** M F

Nom d'usage : Prénom :

Nom de naissance : Date de naissance : |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|
(obligatoire si demande de RAI ou Groupe Sanguin)

Adresse :

Email (en majuscule) : Téléphone : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
(obligatoire si demande de résultat via internet)

N°SS : CAISSE : Mutuelle :
(ou photocopie de l'attestation d'assuré social et de la carte de mutuelle)

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES :

Clairance créatinine : Poids : Kg Taille : cm

Bilan systématique : Suivi d'une pathologie :

Traitement AVK : Intervalle cible : Préviscan Sintrom Coumadine Autre :

Traitement héparine : Nom : Date et heure injection : Posologie :

Dosage de médicament : Nom : Date et heure injection : Posologie :

Dosage hormonal : Date des dernières règles :

Grossesse en cours : OUI NON

Demande de RAI : Injection de Rophylac OUI NON Date de l'injection : Dose :

Demande de groupe ou RAI : Antécédent transfusionnel datant de moins de 4 mois OUI NON

CONTRÔLE IDENTITÉ
(obligatoire pour les RAI, Groupe, bilan préfecture)

Pièce d'identité contrôlée : CNI Passeport Permis de conduire N° Pièce d'identité :

PRELEVEUR /PRELEVEMENT URGENT

Nom (en majuscules ou tampon professionnel) :

Téléphone :/...../...../...../...../.....

Qualité : IDE Sage-Femme Médecin Technicien Biologiste

Demande d'étiquettes pré imprimées : OUI NON

Prélèvement réalisé le :/...../..... à H Heure du dernier repas :/.....
(uniquement pour les analyses nécessitant le jeun - voir UBILAB)

DIFFUSION DES RESULTATS

à retirer au laboratoire sur internet (mail ou sms sauf mineur) postal

PRESCRIPTION/PRESCRIPTEUR Ordonnance jointe Pas d'ordonnance Ordonnance renouvelable

-Si pas d'ordonnance mentionner sur un support papier Nom, prénom du Médecin et nature des analyses demandées

-Si ordonnance renouvelable joindre sa copie ou indiquer Nom du Médecin, date de l'ordonnance et analyses à réaliser si ordonnance fractionnée

CADRE RESERVE AU LABORATOIRE

SITE MO MA OR PT TOK LAD STR DIG

ECHANTILLONS RECU LE/...../..... A H..... PAR (initiales) :

Sang : EDTA : FLUORURE : SEC : CITRATE :
 SEC+GEL (jaune) : SEC+GEL (transparent) : Tube spécialisé :

Urine : B.Jaune : B.Bleu : 24H00 : Addis :
 Ecouvillon SWAB : Selles Flacon : Selles Swab : Expectorations : Autres :

CONFORMITE DES ECHANTILLONS OUI NON

Problème d'identification Intégrité de l'emballage Concordance échantillon/document Délai transmission
 Tube mal rempli ≥ 3 tubes surnuméraire Autres :

Tube sec	AVEC GEL		SANS GEL	
BOUCHON	JAUNE	ROUGE ET TRANSPARENT	ROUGE	
PARAMETRES	- Hormonologie (sauf progestérone) - Marqueurs tumoraux - Sérologies - Troponine - Vitamine D	- Biochimie	- Electrophorèse - Immunoélectrophorèse - Médicaments - CTX	- Allergie - Auto-immunité - Progestérone
NOMBRE	1 tube	1 tube	1 tube	1 tube

TUBE CITRATE SODIUM		TUBE FLUORURE DE SODIUM	
BOUCHON	BLEU	GRIS	
PARAMETRES	- TP, INR - TCK, TCA - Fibrinogène - Antithrombine III - Anti Xa (à transmettre dans les 90mn) REPLIR IMPÉRATIVEMENT JUSQU'AU TRAIT DE JAUGE	- Glycémie - Cycle glycémique - Tests d'hyperglycémie	
NOMBRE	1 tube	1 tube	

TUBE EDTA		
BOUCHON	MAUVE	
PARAMETRES	- NF - Plaquettes - Réticulocytes - Paludisme (avec renseignements cliniques)	- Groupe sanguin (une détermination) et/ou RAI - Hba1c - PTH (parathormone) - BNP - NT PRO BNP
NOMBRE	1 tube	1 tube

ORDRE PRELEVEMENT	BLEU > JAUNE > ROUGE > MAUVE > GRIS Agiter doucement 10 fois par retournement tous les tubes (en cas d'hémoculture, toujours prélever les flacon d'hémoculture en 1er)
--------------------------	---

Selon les dernières recommandations pré analytiques, le tube héparine lithium (à bouchon vert) n'a pas lieu d'être utilisé pour la réalisation du ionogramme (étude Professeur Portugal, Feuilles de Biologie – vol.LV N°317 – mars 2014)

QUESTIONNAIRE SEROLOGIE SARS COVID			
LIEUX DE RESIDENCE		APPARITION DES SYMPTOMES	
Hébergement individuel		Le jour ou la veille du prélèvement	
Hospitalisé		2, 3 ou 4 jours avant le prélèvement	
Résident en EHPAD		5, 6 ou 7 jours avant le prélèvement	
Carcéral		8 à 14 jours avant le prélèvement	
Autres hébergement collectif		15 à 28 jours avant le prélèvement	
PROFESSIONNEL DE SANTE		Plus de 4 semaines avant le prélèvement	
Oui		Asymptomatique	
Non		Ne sait pas	
Ne sait pas		Autre	
UN TEST VIROLOGIQUE RT-PCR SARS-Cov2 a-t-il été réalisé			
Oui			
Si oui le résultat était			
Non			