



## FICHE DE TRANSMISSION DE PRÉLÈVEMENT SANGUIN

## PATIENT(E)

**NOM :** .....

**Prénom :** .....

Nom de naissance : .....

**DDN :** ..... / ..... / ..... / Sexe : M  / F

(Attention ces 4 items sont obligatoires et sont à reporter sur les tubes)

Adresse : .....

.....

N° de tél. : ..... / ..... / ..... / ..... / ..... / .....

Demande "Étiquettes patient" :

(Planche d'étiquettes avec coordonnées patient(e))

## PRÉLEVEUR(SE)

**NOM :** .....

Prénom : .....

N° de tél. : .....

(ou tampon professionnel)

**Date du prélèvement :** .....

**Heure du prélèvement :** .....

(Attention : ces renseignements sont obligatoires)

## RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

N° de SS et caisse : .....

Mutuelle : ..... Code AMC/PREF : .....

100 % : oui  non

Si A.T. : date de début : .....

Ordonnance jointe  Ordonnance au laboratoire

## RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

**A jeun :**  oui  non

Grossesse :  oui  non

Poids : ..... kg DDR : ..... / ..... / .....

**Trait. anticoagulant :** NON  OUI

Héparine standard :  Calciparine :

HBPM :  Anti-vitamine K (AVK) :

Nom (DCI) : .....

Posologie : .....

Dernière prise (date et heure) : .....

**Autres renseignements cliniques :**

.....

**Traitement :** .....

.....

Posologie : .....

Dernière prise (date et heure) : .....

## RÉSULTATS

**URGENTS :** oui  non

A poster :  A téléphoner / fax :

A récupérer au laboratoire :

Mandat d'un tiers :  (préciser le nom) : .....

Signature (accord du patient) : .....

**A envoyer par internet :**

Préciser mail : ..... @ .....

(Pour une première demande, le patient doit appeler le laboratoire pour récupérer son code confidentiel permanent)

Analyse hors nomenclature : OUI  NON

(cf. liste sur le manuel de prélèvement ou tel laboratoire)

Signature (accord du patient) : .....

## CONSENTEMENT AU PRÉLÈVEMENT POUR ANALYSES DE GÉNÉTIQUE (HLA, recherche mutation gène, etc.)

Je soussigné(e), M. ou Mme ..... reconnais avoir reçu les informations définies selon les articles 1131-4 et 1131-5 du 4 avril 2008/décret n° 2008-321, dans le respect des dispositions de l'article 35 du décret 95-1000 du 6 septembre 1995 portant sur le code de déontologie, et consens au prélèvement pour les analyses : .....

(Cette analyse sera effectuée dans un laboratoire autorisé et le résultat me sera rendu et expliqué par le médecin qui l'a prescrit)

Fait à Albi, le : ..... Signature du (ou de la) patient(e) .....

## PRÉLÈVEMENT

tubes	SEC	FLUO	EDTA	CITR	HEP
nbre					

Autres : .....

Déposés à : ..... h

Lieu : .....

## Réservé au laboratoire

tubes	SEC	FLUO	EDTA	CITR	HEP
nbre					

Tubes reçus à : ..... h

Réception validée : OUI  NON

Si non validé motif : .....

(ouverture d'une non-conformité sur logiciel KALILAB®)

Signature opérateur : .....