

LABORATOIRE DE BIOLOGIE MEDICALE

DU QUAI VALLIERE

Dr Pascal POY

16 Quai valliere 11100 NARBONNE Tel:04 68 90 75 80

Nom du preleveur(OBLIGATOIRE):.....

Tel: (si non connu du laboratoire).....

Date & heure de prelevement (OBLIGATOIRE)

date : **heure :** ... h

PATIENT

Sexe : ... Nom:.....

Prénom :.....

Nom de jeune fille:.....

Date naissance (OBLIGATOIRE):.....

Adresse :

Téléphone :

MODALITES DE RENDU DES RESULTATS

Resultats à : poster Conserver au laboratoire

faxer N° :

Par défaut et sauf avis contraire du patient ,les resultats sont rendus au patient et au prescripteur

RENSEIGNEMENTS CAISSES MUTUELLES

(Nouveau patient ou changement de caisse;mutuelle)

Numéro securite sociale :

Caisse : (Cpam,msa.....).....

Mutuelle:

date fin de droits.....

Commentaires éventuel :

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

Si dosage médicaments/surveillance:.....

médicament:..... posologie

heure dernière prise :

Si dosage hormonal, date des règles.....

Incident survenu au cours du prélèvement.....

Notre MANUEL DE PRELEVEMENT sur internet :

www.laboratoire-duquaivalliere.fr

Fiche de transmission de prelevement PRE PR EN 002 V2

Identifier tous les tubes avec NOM Prénom

Pour les groupes nom de jeune fille & date naissance

NE PAS LAISSER LES AIGUILLES SOUILLEES DANS LA BOITE , MERCI

Réservé au laboratoire :

Opérateur: ...Prélèvement conforme Oui Non