

Prélevé le* :/...../..... à h

*** Information obligatoire**

Identité du préleveur* :

Réceptionné le* :/...../..... à h

Référence : 26-CB-PRE-7R-001-09

**P
A
T
I
E
N
(E)**

Nom d'usage* : Prénom* :

Nom de naissance* : Né(e) le*/...../.....

Sexe* : Masculin Féminin

Identité vérifiée à l'aide d'un document officiel* (Groupe sanguin) : Oui Non

Adresse :

.....

Téléphone(s) :

Adresse électronique :

**A
S
S
U
R
É
(E)**

Nom d'usage : Prénom :

Caisse de : N°Sécu :

Mutuelle : N°adhérent :

N°AMC :

100 % ALD Invalidité Maternité (date début grossesse) AT (date)

Informations relatives au prélèvement* :

Non à jeun A jeun 8h A jeun 12h

Trait. Anti-Coag Autres :

Traitement Anticoagulant cible INR* :

2 - 3 2,5 - 3,5 3 - 4 3,5 - 4,5

Rhophylac* : Date d'injection :/...../.....

Rens. médicaux :

Dosage de médicament* :

Nom du médicament :

Dernière prise : Date :/...../..... Heure :h.....

Posologie :

Pathologie :

Autres médicaments :

Modalités de transmission des résultats* :

Adresse électronique (Mail sécurisé)

Serveur de résultat (Internet)

Pharmacie Laboratoire Domicile (Poste)

SMS lorsque les résultats sont disponibles

IDE (SMS pour INR/Plaquettes)

J'autorise : M/Me

Groupe RAI

Nom usage :

Nom naissance :

Prénom :

Né(e) le :

Sexe : Masculin Féminin

Groupe RAI

Nom usage :

Nom naissance :

Prénom :

Né(e) le :

Sexe : Masculin Féminin