

Transmis via Kaducée

## PATIENT

Nom : .....

Nom de naissance : .....

Prénom : .....

Date de naissance : ..... / ..... / .....

Sexe :  Masculin  Féminin

Adresse : .....

CP - Ville : .....

Tél. : .....

Mail : .....

## SI GROUPE SANGUIN - RAI

Identité vérifiée par pièce d'identité (obligatoire)

(Ex : CNI/passeport)

Nombre de grossesses : .....

Fausse couche et/ou IVG le ..... / ..... / .....

Antécédents transfusionnels et/ou RAI positive

Date : ..... / ..... / .....

Injection d'anti-D (Rophylac), date et posologie :

.....

## TIERS PAYANT

N° SS : .....

Caisse : .....

Mutuelle : .....

## SI LE PATIENT N'EST PAS L'ASSURÉ

Nom : .....

Prénom : .....

N° SS : .....

Date de naissance : ..... / ..... / .....

## CONTROLE PAR LE LABORATOIRE (si nécessaire)

Date : ..... / ..... / ..... Heure : ..... h .....

Par : ..... Non-conforme :

## ORDONNANCE RENOUELABLE (facultatif)

Médecin : .....

Date de prescription : ..... / ..... / .....

Analyses : .....

## PRELEVEMENT

Date : ..... / ..... / ..... Heure : ..... h .....

Urgent

SIGNATURE DU PRELEVEUR

Prélevé par

Nom : .....

Prénom : .....

IDE\*  Médecin  Sage-Femme  Prél. interne

\* titulaire (si remplaçante) : .....

A facturer :  le prélèvement  le déplacement

MAU Km .....

Prélèvement :  Difficile  Non à jeun

Prochain RDV : ..... / ..... / ..... à ..... h .....

## RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

Bilan de santé  Chimiothérapie

Grossesse  DDR : .....

Poids : .....

AVK : .....

Cible : ..... Posologie : .....

Médicament à doser : .....

Posologie : .....

Dernière prise : ..... / ..... / ..... à ..... h .....

Autre :

## AUTORISATION REQUISE SI

Analyses **hors nomenclature** (non remboursées)

Accepté  Refusé

Analyses **sans ordonnance**

J'autorise le laboratoire à réaliser les analyses :

Je suis informé des tarifs et des modalités de rendu des résultats

SIGNATURE DU PATIENT

## TRANSMISSION DES RÉSULTATS

**PATIENT :**

Courrier  Retrait au laboratoire

Résultats via le serveur de résultats

(si oui adresse mail .....

RESULTATS KADUCEE

Consentement du patient

**IDE :**

SIGNATURE DU PATIENT

RESULTATS KADUCEE / UBILAB

Copie au médecin traitant : .....

Renouvellement d'étiquettes :  Oui  Non