

12345



PATIENT : Mr Mme Mlle Enfant

Sexe : M F

Nom utilisé:

Nom de naissance:

PrénomS:

Né(e) le: Lieu de naissance:

Adresse:

C.P: Ville:

Tel fixe: Portable:

INS
Identité vérifiée
 Carte identité
 Passeport

ASSURE : Nom, Prénom (si différent du patient prélevé):

Nom de naissance: Né(e) le:



CAISSE: N° SS: _____

Si 100 % : INV ALD AT Grossesse. Date de début:

MUTUELLE: N° AMC: Fin des droits:

J'autorise Audolys Biologie à transmettre mes résultats par mail à mon infirmier(e) et/ou à moi-même.

Signature patient

Identification PRELEVEUR : 		Date: Heure: Nbre Tubes: ... Recueil associé: <input type="checkbox"/> Prélèvement difficile <input type="checkbox"/> URGENT	Ordonnance renouvelable : [] OUI - [] NON <input type="checkbox"/> Copie ordonnance IDE
RENSEIGNEMENTS CLINIQUES et REMARQUES : Date des dernières règles : Femme enceinte [] Injection de Rhophylac ; date: 		RESULTATS : <input type="checkbox"/> Labo <input type="checkbox"/> Poste <input type="checkbox"/> Pharmacie <input type="checkbox"/> Mail :@..... <input type="checkbox"/> Mail IDE (autorisation ci-dessus)	
<input type="checkbox"/> Préviscan <input type="checkbox"/> Coumadine <input type="checkbox"/> Sintrom	Posologie :	Cible attendue : Entre et	
<input type="checkbox"/> Héparine	Posologie :	Heure de dernière injection :	
Médicament à doser :	Posologie :	Date et heure de dernière prise :	
CORRESPONDANT			

12345	12345	12345	12345	12345
Nom :	Nom :	Nom :	Nom :	Nom :
Nom naiss:	Nom naiss:	Nom naiss:	Nom naiss:	Nom naiss:
Prénom :	Prénom :	Prénom :	Prénom :	Prénom :
Né(e) le :	Né(e) le :	Né(e) le :	Né(e) le :	Né(e) le :
12345	12345	12345	12345	GROUPE/ RAI Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Nom :	Nom :	Nom :	Nom :	Nom :
Nom naiss:	Nom naiss:	Nom naiss:	Nom naiss:	Nom naiss:
Prénom :	Prénom :	Prénom :	Prénom :	Prénom :
Né(e) le :	Né(e) le :	Né(e) le :	Né(e) le :	Né(e) le : <input type="checkbox"/> Id vérifiée avec Photo

Cadre réservé au LABORATOIRE

Vérificateur :	<input type="checkbox"/> Conforme <input type="checkbox"/> Non conforme	<input type="checkbox"/> Citrate <input type="checkbox"/> EDTA	<input type="checkbox"/> Sec <input type="checkbox"/> Fluorure	<input type="checkbox"/> Héparine <input type="checkbox"/> CTAD	<input type="checkbox"/> Autre :
----------------	--	---	---	--	----------------------------------