

**IDENTIFICATION DU PATIENT :**

Nom : ..... Prénom : .....  
 Nom de JF : ..... DN : .....  
 Tel : ..... Adresse : .....

**MUTUELLE** n° AMC / n° préfécral / n° Télétrans (8 chiffres) : .....  
 Date de validité : Du. .... Au .....  
 CMU  ACS  Autres .....

**PRELEVEMENT :**  Prélèvement difficile

Date : ..... Heure : ..... Préleveur : .....  
 Résultats urgents  Faxer au médecin  Poster au patient  Pharmacie : .....

**SUIVI MEDICAL :**

-RAS Bilan de contrôle.  
 -Traitement A.V.K.

Pathologie cardio-vasculaire : .....  
 Préviscan,  Sintrom,  Mini Sintrom,  Coumadine 2,  Coumadine 10  
 -Posologie : .....

-Test de grossesse :

-Date dernières règles : .....  
 -Retard : Non / Oui,  
 -Contraception : Non / Oui : .....  
 -Test pharmacie : Non / Oui : .....  
 -Atcd fausse couche : Non / Oui,  
 -Atcd Grossesse extra-utérine : Non / Oui,  
 -Patiente mineure : non / Oui.

-R.A.I. :

-Grossesse : Non / Oui : DPG : .....  
 -Première grossesse : Non / Oui,  
 -Rh+ / Rh- : ->Rophilac : Non / Oui,  
 -Atcd transfusionnel : Non / Oui.

-Paludisme : Fièvre : Non / Oui - Voyage : Non / Oui – Prophylaxie en cours: Non / Oui –

Origine personne : .....  -Autres : .....

**RECEPTION AU LABORATOIRE :**

Date : ..... Heure : ..... Visa : .....

Tubes	Violet	Bleu	Rouge	Gris	Vert	Bactério.
Nombres						

-Dates de préemptions vérifiées

-Heure de réalisation du prélèvement bactério : . . . h . . . .

**IDENTIFICATION DU PATIENT :**

Nom : ..... Prénom : .....  
 Nom de JF : ..... DN : .....  
 Tel : ..... Adresse : .....

**MUTUELLE** n° AMC / n° préfécral / n° Télétrans (8 chiffres) : .....  
 Date de validité : Du. .... Au .....  
 CMU  ACS  Autres .....

**PRELEVEMENT :**  Prélèvement difficile

Date : ..... Heure : ..... Préleveur : .....  
 Résultats urgents  Faxer au médecin  Poster au patient  Pharmacie : .....

**SUIVI MEDICAL :**

-RAS Bilan de contrôle.  
 -Traitement A.V.K.

Pathologie cardio-vasculaire : .....  
 Préviscan,  Sintrom,  Mini Sintrom,  Coumadine 2,  Coumadine 10  
 -Posologie : .....

-Test de grossesse :

-Date dernières règles : .....  
 -Retard : Non / Oui,  
 -Contraception : Non / Oui : .....  
 -Test pharmacie : Non / Oui : .....  
 - Atcd fausse couche : Non / Oui,  
 -Atcd Grossesse extra-utérine : Non / Oui,  
 -Patiente mineure : non / Oui.

-R.A.I. :

-Grossesse : Non / Oui : DPG : .....  
 -Première grossesse : Non / Oui,  
 -Rh+ / Rh- : ->Rophilac : Non / Oui,  
 -Atcd transfusionnel : Non / Oui.

-Paludisme : Fièvre : Non / Oui - Voyage : Non / Oui – Prophylaxie en cours: Non / Oui –

Origine personne : .....  -Autres : .....

**RECEPTION AU LABORATOIRE :**

Date : ..... Heure : ..... Visa : .....

Tubes	Violet	Bleu	Rouge	Gris	Vert	Bactério.
Nombres						

-Dates de préemptions vérifiées

-Heure de réalisation du prélèvement bactério : . . . h . . . .

