LBM
CENTRAL 92

**Fiche de prélèvement en mode dégradé**

Réf : TC-PREL-ENR-002:02
Version : 02
Applicable le : 10-10-2016

**PATIENT**

Nom marital (facultatif) : [1] .....

Nom de naissance (Obligatoire) : .....

1er Prénom : .....

Date de naissance : ..... Sexe : ☐ M ☐ F

Adresse : .....

.....

Téléphone : .....

[1] *A compléter uniquement pour les personnes mariées qui utilisent leur nom marital.*

**Admin.**

**N° SS :** ..... **Centre Sécu :** ..... **Mutuelle :**.....

Prise en charge spéciale : ALD Invalidité CMU Autre :……..

**EXAMENS**

Prescriptions (Nombre/Info) :

**RENDU**

A POSTER PATIENT A POSTER MEDECIN URGENT A FAXER

Date de rendu :..... Duplicata pour :.....

Résultats à rendre à un mandataire ? (Nom, prénom) :.....

**PRELEVEMENT**

***Nom, prénom et qualité du préleveur :***

**Date du prélèvement** :..... **Heure :** .....

Nombre d'échantillons : Sang = ..... Urines = ..... Autres = .....

Remarques :.....

**RENSEIGNEMENTS CLINIQUES**

| | | |
|---|---|---|
| Jeûne | Oui / Non | Autres renseignements cliniques : |
| Poids | | |
| INR Cible: ..... | | |
| Prev. Coum. Sint. MiniSint. | | |

***RECEPTIONNÉ le*** ...../...../..... *à* .....h..... *par :*.....

*Vérification par :*.....

LA VERSION KALILAB FAIT FOI



LBM
CENTRAL 92

**Fiche de prélèvement en mode dégradé**

Réf : TC-PREL-ENR-002:02
Version : 02
Applicable le : 10-10-2016

**PATIENT**

Nom marital (facultatif) : [1] .....

Nom de naissance (Obligatoire) : .....

1er Prénom : .....

Date de naissance : ..... Sexe : ☐ M ☐ F

Adresse : .....

.....

Téléphone : .....

[1] *A compléter uniquement pour les personnes mariées qui utilisent leur nom marital.*

**Admin.**

**N° SS :** ..... **Centre Sécu :** ..... **Mutuelle :**.....

Prise en charge spéciale : ALD Invalidité CMU Autre :……..

**EXAMENS**

Prescriptions (Nombre/Info) :

**RENDU**

A POSTER PATIENT A POSTER MEDECIN URGENT A FAXER

Date de rendu :..... Duplicata pour :.....

Résultats à rendre à un mandataire ? (Nom, prénom) :.....

**PRELEVEMENT**

***Nom, prénom et qualité du préleveur :***

**Date du prélèvement** :..... **Heure :** .....

Nombre d'échantillons : Sang = ..... Urines = ..... Autres = .....

Remarques :.....

**RENSEIGNEMENTS CLINIQUES**

| | | |
|---|---|---|
| Jeûne | Oui / Non | Autres renseignements cliniques : |
| Poids | | |
| INR Cible: ..... | | |
| Prev. Coum. Sint. MiniSint. | | |

***RECEPTIONNÉ le*** ...../...../..... *à* .....h..... *par :*.....

*Vérification par :*.....

LA VERSION KALILAB FAIT FOI

TC-PREL-ENR-002:02 - Page **1** sur **1**