

Transmis par :

PATIENT (*obligatoire)

Nom d'usage* :

Prénom* :

Nom de naissance* :

Né(e) le* :/...../..... Sexe* : M F Identité vérifiée par pièce d'identité

- CNI Passeport Titre de séjour
 Livret de famille et pièce d'identité tuteur légal pour les enfants

Si nouveau patient / Groupe sanguin / RAI : joindre une copie

Adresse* :

Mail* : Tél.* :

N° sécurité sociale* :

|_| |_| ||_| |_| ||_| |_| ||_| ||_| |_| ||_| |_| ||_|

Caisse Assurance maladie :Dpt :

Mutuelle :

Date fin droit mutuelle :/...../..... (Joindre une copie de la mutuelle)

Prise en charge :

- Invalidité ALD CMU
 Maternité (date de début de grossesse :)
 Accident de travail (joindre copie déclaration de l'A.T) Date A.T :/...../.....
 Autres :

TRANSMISSION DES RÉSULTATS**Patient :**

- Par mail :
 À la pharmacie
 Au laboratoire
 Par courrier

 Faire parvenir des étiquettes d'identification chez le patient.« Je souhaite que mon prélèvement soit transmis au laboratoire MYXLAB partenaire de mon professionnel de santé ». Accord patient : **Médecin :** à compléter si urgent

- Transmission H'/Apycrypt/MSSanté
 Par fax :
 Par téléphone :

Transmis par :

PATIENT (*obligatoire)

Nom d'usage* :

Prénom* :

Nom de naissance* :

Né(e) le* :/...../..... Sexe* : M F Identité vérifiée par pièce d'identité

- CNI Passeport Titre de séjour
 Livret de famille et pièce d'identité tuteur légal pour les enfants

Si nouveau patient / Groupe sanguin / RAI : joindre une copie

Adresse* :

Mail* : Tél.* :

N° sécurité sociale* :

|_| |_| ||_| |_| ||_| |_| ||_| ||_| |_| ||_| |_| ||_|

Caisse Assurance maladie :Dpt :

Mutuelle :

Date fin droit mutuelle :/...../..... (Joindre une copie de la mutuelle)

Prise en charge :

- Invalidité ALD CMU
 Maternité (date de début de grossesse :)
 Accident de travail (joindre copie déclaration de l'A.T) Date A.T :/...../.....
 Autres :

TRANSMISSION DES RÉSULTATS**Patient :**

- Par mail :
 À la pharmacie
 Au laboratoire
 Par courrier

 Faire parvenir des étiquettes d'identification chez le patient.« Je souhaite que mon prélèvement soit transmis au laboratoire MYXLAB partenaire de mon professionnel de santé ». Accord patient : **Médecin :** à compléter si urgent

- Transmission H'/Apycrypt/MSSanté
 Par fax :
 Par téléphone :

PRÉLÈVEMENT

Date et heure prélèvement :/...../..... à.....h..... Préleveur :

Sang (nombre de tubes :)

Urines Autres

URGENT

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

À jeun Non à jeun

Patient sous AVK

Traitement :
Posologie :

Indication :

Thrombose Trouble du rythme cardiaque
 Prothèse valvulaire Suite infarctus du myocarde
 Valvulopathie mitrale

Héparine (HNF) HPBM

Autres :

Autres médicaments :

Nom :
Dernière prise le :à.....h.....
Posologie :

Si Groupe / RAI :

Transfusion <4 mois Date :/...../.....
 Injection Anti-D Date :/...../.....
 Greffe de moelle

Poids :Kg Diabète Chimio
 Immunodéprimé Fièvre Contact chat (si séro.toxo)
 Piqûre tique (si séro. Lyme) Grossesse DDR :/...../.....
 Voyage à l'étranger <2mois pays :

RÉCEPTION DES ÉCHANTILLONS

(cadre réservé au laboratoire)

Réceptionné le :/...../.....
à.....h.....

Par :

Échantillons conformes à réception :

Oui Non

Nature NCT/NCR :

PRESCRIPTEUR

(Joindre la prescription, une copie ou écrire lisiblement les examens demandés)

Prescripteur :

Médecin traitant :

Absence de prescription
 Prescription renouvelable (déjà transmise au laboratoire) du :/...../.....

Examens demandés :

PRÉLÈVEMENT

Date et heure prélèvement :/...../..... à.....h..... Préleveur :

Sang (nombre de tubes :)

Urines Autres

URGENT

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

À jeun Non à jeun

Patient sous AVK

Traitement :
Posologie :

Indication :

Thrombose Trouble du rythme cardiaque
 Prothèse valvulaire Suite infarctus du myocarde
 Valvulopathie mitrale

Héparine (HNF) HPBM

Autres :

Autres médicaments :

Nom :
Dernière prise le :à.....h.....
Posologie :

Si Groupe / RAI :

Transfusion <4 mois Date :/...../.....
 Injection Anti-D Date :/...../.....
 Greffe de moelle

Poids :Kg Diabète Chimio
 Immunodéprimé Fièvre Contact chat (si séro.toxo)
 Piqûre tique (si séro. Lyme) Grossesse DDR :/...../.....
 Voyage à l'étranger <2mois pays :

RÉCEPTION DES ÉCHANTILLONS

(cadre réservé au laboratoire)

Réceptionné le :/...../.....
à.....h.....

Par :

Échantillons conformes à réception :

Oui Non

Nature NCT/NCR :

PRESCRIPTEUR

(Joindre la prescription, une copie ou écrire lisiblement les examens demandés)

Prescripteur :

Médecin traitant :

Absence de prescription
 Prescription renouvelable (déjà transmise au laboratoire) du :/...../.....

Examens demandés :