



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'/Apycript/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'/Apycript/MSSanté
- Par fax :
- Par téléphone :

PRÉLÈVEMENT

Date et heure prélèvement :/...../..... àh..... 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 : àh.....
 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 :/...../.....
 àh.....

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 :/...../..... àh..... 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 : àh.....
 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 :/...../.....
 àh.....

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 :