



1.A vérifier par le patient

1. Identité

Nom : _____ Prénom : _____ Nom Naissance : _____

Né(e) le : _____ Sexe : Féminin Masculin

Adresse 1 : _____ Ville : _____

Téléphone : _____ Portable : _____

2. Coordonnées sécurité sociale :

N° sécurité sociale : _____ Caisse primaire : _____

Nom de l'assuré : _____ DDN : _____

Mutuelle : _____ N° préfectoral : _____

Fin de droits AMC : _____ N° adhérent : _____

ALD : _____

3. Pathologies connues :

2.A remplir par le préleveur

1. Préleveur : _____ Date et heure : _____

Conditions de prélèvement : à jeun sans garrot

2. Examens à réaliser : Ordonnance jointe
 Ordonnance au laboratoire date et prescripteur

3. INR Nom-Posologie du médicament -INR cible :

4. Dosage de médicaments : Nom et posologie : _____
Date et heure de la dernière prise : _____

5. Demande de RAI : Injection de Rophylac Antécédent de transfusion

3. Retour des résultats

1. Idem résultats antérieurs :

2. Sinon choisir un retour parmi les 4 suivants :

1. Au laboratoire : Etaples Montreuil Hesdin Berck

En cas de retrait de vos résultats au laboratoire, merci de vous munir d'un justificatif d'identité

2. Dépôt dans une pharmacie. Laquelle :

3. Internet

4. Poste

3. INR par SMS : patient infirmier (si connu au laboratoire)

4. Si urgence : Téléphoner au médecin Faxer au médecin Faxer au :

4.A remplir par le laboratoire

1. Réception par : _____ Date et Heure : _____

2. Nombre d'échantillons : () EDTA () HEP () FLUO () SEC () CIT
() UR.borate () UR.echant () UR 24H
() Selles () autres :

3. Non conformités :

A remettre à l'infirmier(e) lors de votre prochain prélèvement