

LABORATOIRES D'ANALYSES MÉDICALES

LABORATOIRE DUPREY GROUSSIN SIGOGNEAU,
56 avenue du Général de Gaulle , Le Mans (1)

LABORATOIRE DENIS LE SEVE LEONARD,
13 avenue Laennec, Le Mans (2)

LABORATOIRE MAHE MEZIANI,
9 rue Beauverger , Le Mans (3)

LABORATOIRE FERREIRA,
place des Sablons, Le Mans (4)

LABORATOIRE BONDU LE MOING,
Centre Commercial Principal , Allonnes (6)

LABORATOIRE MARTIN SESTILLANGE,
5 rue Montoise , Le Mans (7)

LABORATOIRE AUFAUVRE BOULAY,
14 rue d'Isaac , Le Mans (8)

LABORATOIRE BALMAYER LAIR,
234 avenue J.Jaurès , Le Mans (9)

IDENTIFICATION DU PATIENT

* M. / Mme / Mlle Nom et prénom : _____

Nom de jeune fille : _____ Date de naissance : _____

* Sexe : M / F Adresse : _____
(Nom de jeune fille et sexe obligatoire si groupe sanguin)

Résultats : à Poster au Laboratoire à la Pharmacie Résultats URGENTS
 à Téléphoner ou faxer : à qui _____ N° Tél. : _____

PRESCRIPTION

Voir prescription Absence de prescription (*Renseigner les informations ci-dessous*)

Médecin prescripteur : _____ Date de la prescription : _____

Envoi autre médecin : _____

Examens demandés : _____

PRELEVEMENT

Prélèvement effectué le _____ à _____ h Nom du préleveur : _____

Nbr de tubes ou flacons _____ Nature : Sang Urines Autres : _____

Conditions de prélèvement : à jeun non à jeun autres : _____

Informations Compl. : Date Dernières Règles _____ Poids _____

Traitement _____ Posologie _____ Autres _____

Remarques : _____

RENSEIGNEMENTS PRISE EN CHARGE ASSURE

Renseignements S.S. (Photocopie attestations si possible) : N°SS : _____

Nom Caisse : _____ Nom Complémentaire : _____

Nature : 100% : ALD / Perm. 1/3 P:n°Adhérent : _____

Nom et Prénom de l'assuré : _____ Date de Naissance Assuré : _____

**IDENTIFICATION
DE L'EXPEDITEUR**

Tampon

STOCKAGE

(A remplir par le préleveur ou expéditeur)

- / Prélèvement stocké par :
/ Préleveur Pharmacie Autres : _____
/ Date : _____ Heure : _____
/ Température ambiante Réfrigéré (+2 à +8°C)

* *A entourer* *A cocher*

Les éléments en caractère gras doivent être obligatoirement renseignés.

RECEPTION AU LABORATOIRE


Nom (Pers. Récept..) : _____ Date : _____ Heure : _____ Nbre
d'échant. _____


Conformité échantillons à la réception : oui non


(Si non, faire une fiche de non-conformité)


Autres remarques du laboratoire concernant l'échantillon transmis :


Codes couleurs pour les prélèvements courants

	VIOLET	<ul style="list-style-type: none">• Numération, plaquettes, réticulocytes• Groupes sanguins, phénotypes• Hémoglobine A1c• VS (vitesse de sédimentation)• BNP• Agglutimines irrégulières• Electrophorèse des hémoglobines
---	---------------	---

	VERT	<ul style="list-style-type: none">• Chimie• HLA (conserver à température ambiante)
---	-------------	---

	CITRATE	<ul style="list-style-type: none">• Taux de prothrombine, TCA, TCK,• D-Dimères• Facteur V, VII, VIII, IX...• Activité anti Xa• Protéine C, Protéine S, Antithrombine III• Recherche d'anticoagulant circulant• Plaquettes sur citrate
---	----------------	---

	SEC	<ul style="list-style-type: none">• Sérologie• Hormonologie• Marqueurs tumoraux• Protéines• Electrophorèse des protéines• Médicaments• Lithium
---	------------	--

	GRIS	<ul style="list-style-type: none">• Glycémie• Alcoolémie• Lactates
---	-------------	--

Nouveautés : VS, BNP, agglutimines irrégulières