



LBM du Centre Hospitalier
R. Bisson
4, rue Roger Aini
CS 97223
14107 LISIEUX Cedex

Bon de transmission des prélèvements externes

Ref : HC1-FOR005
Version : 10
Applicable le : 13-11-2023



IDENTIFICATION DU PATIENT :

Sexe : ☐ M ☐ F
Nom :
Prénom :
Nom de naissance :
Né(e) le :/...../.....
Adresse :
Tél (indispensable) :

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS :

N° de sécurité sociale :
Caisse :
Mutuelle (joindre copie de la carte) :

PRESCRIPTION :

Prescripteur/Méd.traitant :
☐ Ordonnance à renouveler déjà fournie au labo
☐ Ordonnance à suivre
☐ Demande d'examen sans ordonnance : à facturer

TRANSMISSION DES RESULTATS :

☐ **URGENCE MEDICALE** ☐ Etiquette patient
☐ Au cabinet des IDE ☐ Au laboratoire
☐ A la pharmacie ☐ A poster
☐ Sur le serveur de résultats (www.mes.analyses.fr)
Téléphone portable indispensable :

PRELEVEMENT :

Nom du préleveur :
Date et heure de prélèvement :/...../..... àh.....

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES :

Patient à jeun : ☐ OUI ☐ NON
Grossesse : ☐ OUI ☐ NON
Si oui, terme :
Traitement anticoagulant : ☐ OUI ☐ NON
☐ AVK : Préviscan – Coumadine - Sintrom
Posologie :
Cible INR :
☐ HNF ☐ Calciparine ☐ Héparine (SE)
Posologie :
Date et heure injection :
HBPM : ☐ Lovenox ☐ Innohep
☐ Fraxiparine ☐ Fraxodi ☐ Fragmine
Posologie :
Date et heure injection :
Fondaparinux : ☐ Arixtra
Posologie :
Date et heure injection :

Refus exprimé du patient pour l'envoi des résultats :

☐ au DMP ☐ Messagerie MSSANTE Citoyenne
☐ Messagerie MSSANTE Professionnel de Santé
☐ Masquage aux professionnels de santé dans le DMP
☐ Masquage aux représentants légaux dans le DMP

TUBES A PRÉLEVER :

☐ TP
☐ INR
☐ TCA
☐ HEP
☐ HBPM
☐ DDIM
☐ FIBRINOGENE
☐ FACTEURS
Précisez :
☐ Electrophorèse
☐ Immunofixation
☐ Chaines légères
☐ Pré albumine
☐ Sérologies
(toxoplasmose, hépatites,
HIV, EBV, CMV,...)
☐ Ionogramme complet
☐ Na, K
☐ Urée
☐ Créatinine et DFG
☐ CRP
☐ PCT
☐ Albumine
☐ CPK

☐ LDH
☐ GOT (ASAT)
☐ GPT (ALAT)
☐ Gamma GT
☐ Phos. Alcalines
☐ Lipase
☐ Bilirubine
☐ Troponine HS
☐ Pro BNP
☐ Triglycérides
☐ Cholestérol total
☐ HDL ☐ LDL
☐ Acide urique
☐ Calcium
☐ Phosphore
☐ Magnésium
☐ ACE
☐ α FP
☐ CA 19.9
☐ CA 15.3
☐ CA125
☐ PSA
☐ IgA
☐ IgG
☐ IgM

☐ Tricycliques
☐ Benzodiazépine
☐ Ethylémie
☐ TSH
☐ T3
☐ T4
☐ FSH
☐ LH
☐ Progestérone
☐ Testostérone
☐ Estradiol
☐ Prolactine
☐ Insuline
☐ Cortisol
☐ Vitamine B12
☐ Folates sériques
☐ Vitamine D
☐ B2 microglobuline
☐ Haptoglobine
☐ Ferritine
☐ Transferrine
☐ Coef. de saturation
☐ C3 ☐ C4
☐ Facteur rhumatoïde

Ordre des tubes recommandé :

☐ BHCG
DDR :
☐ Autres médicaments
Nom :
Posologie :
☐ Lithium
Date dernière prise :
Posologie :
☐ Paracétamol
☐ Vancomycine
☐ PTH
☐ HBA1c
☐ Glycémie
☐ Lactates

☐ NFS
☐ Plaquettes
☐ Réticulocytes
☐ Schizocytes
☐ Kleihauer
☐ GROUPE
Lieu de naissance :
☐ COOMBS
☐ RAI
Date d'injection de
Rhophylac :
Dose :
☐ Autre:

RÉSERVE AU LABORATOIRE

Date et heure de réception :

Nombre de tubes reçus :

