



## EXAMENS BIOLOGIQUES SANGUINS

[www.oxylab.fr](http://www.oxylab.fr)

Prélèvement le : \_\_ / \_\_ / \_\_ à \_\_ H \_\_

Prescripteur : .....

Préleveur : .....

Date de la prescription : \_\_ / \_\_ / \_\_

Etiquettes patient à fournir :

NOM DE NAISSANCE :

Sexe :  M  F

NOM D'USAGE :

N° Téléphone : .....

PRENOM :

N° Portable : .....

DATE DE NAISSANCE : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

(Indispensable pour consulter les résultats par Internet [oxylab.fr](http://oxylab.fr))

ADRESSE :

Identité vérifiée sur une pièce d'identité

En cas de nouveau patient ou de changement de caisse, il est nécessaire de nous faire parvenir les copies d'attestation du régime obligatoire et/ou Mutuelle

Nombres de tubes prélevés : .....

Examens à réaliser (si prescription non

Prélèvement à venir (préciser)

jointe) : .....

### Renseignements cliniques et thérapeutiques

Le patient a déclaré être à jeun (10 h minimum) :  NON  OUI

Pathologie(s) : Diabète - Diabète sous insuline - Hémopathie - Insuffisance rénale - Pathologie de la Thyroïde - Pathologie Cardiaque - Polyarthrite - Autres : .....

Traitement en cours :  NON  OUI :

- Nom et posologie : .....
- Cible (pour l'INR) : .....
- Date de début du traitement : \_\_ / \_\_ / \_\_
- Date et heure de la dernière prise : \_\_ / \_\_ / \_\_ à \_\_ H \_\_

Pour un bilan hormonal,  $\beta$ HCG : Date des dernières règles : \_\_ / \_\_ / \_\_

Pour une sérologie :  Contrôle vaccination  Dépistage  Suivi de grossesse  Suivi d'une infection connue

Pour un bilan préopératoire : Type d'intervention : ..... Date : \_\_ / \_\_ / \_\_

Pour un GS/RAI :  Intervention prévue le \_\_ / \_\_ / \_\_  ATCD connu de RAI positive Groupe connu : ....  Grossesse (Injection Rophylac le \_\_ / \_\_ / \_\_)  Post-transfusion

Résultats patient :  Laboratoire  Internet (oxylab.fr)  IDE  Courrier

Résultats IDE :  INR par SMS

Accord patient INR par SMS : « Je donne mon accord pour que l'IDE reçoive mon résultat d'INR par SMS », cet accord est valable 36 mois, renouvelé tacitement ; pour résilier, appeler le laboratoire. Signature patient .....

Accord du patient pour les examens non remboursés :  OUI  NON

Double au médecin traitant :  Nom du médecin : .....



## EXAMENS BIOLOGIQUES SANGUINS

[www.oxylab.fr](http://www.oxylab.fr)

Prélèvement le : \_\_ / \_\_ / \_\_ à \_\_ H \_\_

Prescripteur : .....

Préleveur : .....

Date de la prescription : \_\_ / \_\_ / \_\_

Etiquettes patient à fournir :

NOM DE NAISSANCE :

Sexe :  M  F

NOM D'USAGE :

N° Téléphone : .....

PRENOM :

N° Portable : .....

DATE DE NAISSANCE : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

(Indispensable pour consulter les résultats par Internet [oxylab.fr](http://oxylab.fr))

ADRESSE :

Identité vérifiée sur une pièce d'identité

En cas de nouveau patient ou de changement de caisse, il est nécessaire de nous faire parvenir les copies d'attestation du régime obligatoire et/ou Mutuelle

Nombres de tubes prélevés : .....

Examens à réaliser (si prescription non

Prélèvement à venir (préciser)

jointe) : .....

### Renseignements cliniques et thérapeutiques

Le patient a déclaré être à jeun (10 h minimum) :  NON  OUI

Pathologie(s) : Diabète - Diabète sous insuline - Hémopathie - Insuffisance rénale - Pathologie de la Thyroïde - Pathologie Cardiaque - Polyarthrite - Autres : .....

Traitement en cours :  NON  OUI :

- Nom et posologie : .....
- Cible (pour l'INR) : .....
- Date de début du traitement : \_\_ / \_\_ / \_\_
- Date et heure de la dernière prise : \_\_ / \_\_ / \_\_ à \_\_ H \_\_

Pour un bilan hormonal,  $\beta$ HCG : Date des dernières règles : \_\_ / \_\_ / \_\_

Pour une sérologie :  Contrôle vaccination  Dépistage  Suivi de grossesse  Suivi d'une infection connue

Pour un bilan préopératoire : Type d'intervention : ..... Date : \_\_ / \_\_ / \_\_

Pour un GS/RAI :  Intervention prévue le \_\_ / \_\_ / \_\_  ATCD connu de RAI positive Groupe connu : ....  Grossesse (Injection Rophylac le \_\_ / \_\_ / \_\_)  Post-transfusion

Résultats patient :  Laboratoire  Internet (oxylab.fr)  IDE  Courrier

Résultats IDE :  INR par SMS

Accord patient INR par SMS : « Je donne mon accord pour que l'IDE reçoive mon résultat d'INR par SMS », cet accord est valable 36 mois, renouvelé tacitement ; pour résilier, appeler le laboratoire. Signature patient .....

Accord du patient pour les examens non remboursés :  OUI  NON

Double au médecin traitant :  Nom du médecin : .....