



Identification du préleveur

Nom :
.....
Prénom :
.....
Signature : CNI vue

Prélèvement

Effectué le : à : h
Sang : oui non
Urine : oui non
Autre prélèvement : oui non
Apporté au : Site de GAP Site de SISTERON

Identification du patient

Nom :
Nom de jeune fille :
Prénom :
Date de naissance : Sexe : F M
Adresse :
.....
.....
Tél. : Port. :

Renseignements complémentaires

Médecin traitant référent (déclaré) :
Résultats à poster : oui non
Résultats à faxer : oui non N° de fax. :
Service destinataire du fax :
Patient à jeun : oui non Patiente enceinte : oui non
Si TP-INR : - traitement AVK : oui non
Si bilan hormonal ou HCG : - date des dernières règles :
Si dosage de médicament : - date et heure de la dernière prise :
- Médicament :
- Posologie :

📎 Documents à joindre impérativement : (sans quoi vous devrez venir effectuer la régularisation sur place)

- Ordonnance,
- Copie de l'attestation de carte vitale (et non la photocopie de la carte),
- Copie de la carte de mutuelle (recto/verso).