CENTRE HOSPITALIER Intercommunal des Alpes du Sud Gap Sisteron	**Laboratoire de Biologie Médicale** **Fiche de transmission de prélèvements par des soignants extérieurs au CHICAS**	*Réf* : C-PRE-REC-F-002 *Version* : 03 *Application* : 26/06/2023

Identification du préleveur

Nom :……

Prénom :……

Signature : ❑ CNI vue

Prélèvement

Effectué le : …… à : ……h……

Sang : oui ❑ non ❑

Urine : oui ❑ non ❑

Autre prélèvement : oui ❑ non ❑

Identification du patient ou étiquette si hospitalisé

Nom : ……..

Nom de jeune fille : ……

Prénom : ……..

Date de naissance : …….. Sexe : F ❑ M ❑

Adresse du domicile :

……

……..

Tél. : ..... Port. : ……

Renseignements complémentaires

Médecin traitant référent **déclaré** (laisser vide si le prescripteur n'est pas le référent) :

……

Résultats à poster : oui ❑ non ❑ Résultats à faxer : oui ❑ non ❑

N° de fax. (uniquement pour patients hospitalisés) : ……..…..

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 : - médicament :……

- date et heure de la dernière prise : ……..
- posologie :……..

⇪ **Documents à joindre impérativement :**

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

☹ **EN L'ABSENCE DE CE BON RENSEIGNE ET DES DOCUMENTS DEMANDES, LA PRESCRIPTION NE SERA DESORMAIS PLUS TRAITEE ET LES EXAMENS NON REALISES**