



PRELEVEUR

Prélèvement effectué le/...../..... àh.....

Par :

PRESCRIPTEUR

.....

PATIENT

Nom : Prénom :

Date de naissance :/...../..... Téléphone :

Adresse :
.....

TRANSMISSION DES RESULTATS

Au patient : par courrier ☐ Non ☐ Oui
par SMS ☐ Non ☐ Oui portable :
A conserver au laboratoire ☐ Non ☐ Oui

Au prescripteur : par fax :
Copie à d'autre prescripteur : Dr.

RENSEIGNEMENTS INDISPENSABLES POUR L'INTERPRETATION DU COMPTE-RENDU

Contexte clinique (entourer les mentions utiles)

- Prévention / diagnostic / suivi ou traitement
- Syndrome infectieux
- Syndrome inflammatoire
- Fièvre
- Douleur
- Dyslipidémie
- HTA
- Suivi de chimiothérapie
- Diabète
- Infection urinaire à préciser
..... (exemple : cystite simple)

☐ Bilan préopératoire

Date prévue intervention :

Type d'intervention :

Antécédents maladie hémorragique
personnelle ou familiale
(hémophilie, Willebrand) :

☐ Bilan d'hémostase

Ou
Suivi d'un traitement
anticoagulant

Nom du traitement anticoagulant :

Indication :
AVC / Trouble Rythme / Phlébite /
Emb. pulmonaire / Valve.....
Autre.....

A jeun

☐ Oui

☐ Non

Transfusion

< de 4 mois :

☐ Oui

☐ Non

Grossesse

☐ Oui ☐ terme : ... / ... / ..

RAI : Rophylac ☐ Non
☐ Oui/...../.....

☐ Prélèvement bactériologique

- Traitement antibiotique : OUI / NON
- Si oui, lequel ?

☐ Dosage médicament

- Date et heure dernière prise :
- Posologie :

☐ Prélèvement fongique type dermatophytes

- Traitement antifongique * : OUI / NON Si oui, lequel ? ...
- Local ou oral ?
- En cours ? OUI / NON / Si arrêté depuis quand ?
- Contact animal (chat/chien/lapin..) : OUI / NON
- Origine géographique du patient :
- Voyage(s) effectué(s) :
- Lésions identiques dans l'entourage : OUI / NON

*ne pas prélever si antifongique vernis ou oral depuis 1 mois ou local hors vernis depuis 2 semaines