



Cette fiche est à compléter et à joindre à votre prélèvement en l'absence de fiche pré-remplie

PATIENT		PRELEVEMENT	
HAD : ☐ oui ☐ non			
☐ Je souhaite recevoir des étiquettes pour identifier mes prélèvements NOM : PRENOM : NOM DE NAISSANCE : DATE DE NAISSANCE : ADRESSE DU PATIENT : SEXE : ☐ F ☐ M TÉLÉPHONE - FIXE : - PORTABLE : ADRESSE MAIL (OBLIGATOIRE) :		Statut : ☐ A JEUN ☐ NON A JEUN ☐ URGENT, motif : ☐ DIFFICILE ☐ PRE-OPERATOIRE. Date intervention : Cachet du préleveur ou identification (nom et prénom) : DATE et HEURE DU PRELEVEMENT (OBLIGATOIRE) : ORDONNANCE ENVOYEE VIA L'APPLICATION : ☐ ECHANTILLONS (préciser le nombre) : ___ URINES : ☐ échantillon ☐ 24h, diurèse : ___ SANG : Dans l'ordre suivant : ___ Tube citrate - bleu ___ Tube sec - rouge ___ Tube héparine – vert ___ Tube EDTA – mauve ___ Tube aprotinine – rose (dosage ACTH) ___ Tube fluorure – gris ___ ECOUVILLON(S), site de prélèvement : ___ AUTRE(S), à préciser :	
ASSURE Joindre photocopies de vos attestations en cas de modifications N° SS : Nom et prénom de l'assuré : Caisse : Mutuelle : N° AMC : 100% : ☐ CMU ☐ ALD (ordonnancier) ☐ INVALIDITE ☐ MATER, date début de grossesse :			
FICHE DE SUIVI MEDICAL			
TSH	Traitement :		
NT PRO BNP	Sous Entresto : ☐ OUI ☐ NON		
HORMONES	Date des dernières règles : OU Jour du cycle :		
MEDICAMENTS (digoxine, lithium, dépakine...)	Nom médicament : Date/heure de la dernière prise : Posologie :		
BACTERIOLOGIE	Heure de recueil (obligatoire) : Mode de conservation : ☐ Ambiant (15-25°C) ☐ Réfrigérateur (2-8°C) Origine du prélèvement : Traitement antibiotique : ☐ Oui ☐ Non (Si oui lequel :) Renseignements cliniques : Si expectoration, patient atteint de la mucoviscidose ? ☐ Oui ☐ Non		
TP / INR (Tube doit être rempli entièrement)	☐ Préviscan ☐ Coumadine ☐ Sintrom ☐ Mini-Sintrom ☐ Pradaxa ☐ Xarelto ☐ Eliquis ☐ Autre : Posologie :cp.....		
TRAITEMENT ANTI-COAGULANT	☐ OUI ☐ NON		
GROUPE SANGUIN / RAI	Attention à bien identifier les tubes avec NOM, PRENOM, NOM DE NAISSANCE et DATE DE NAISSANCE Je, soussigné(e), certifie avoir vérifié l'identité à partir d'un document officiel avec PHOTO. Document d'identité : Numéro : Grossesse : ☐ OUI ☐ NON Date début de grossesse : Rophylac : ☐ OUI ☐ NON Date dernière injection :		
RESULTATS			
☐ INTERNET MYSYNLAB (Attention, n° identifiant commençant par F (nouveau compte à créer si ce n'est pas déjà fait)) ☐ MAIL ☐ POSTE ☐ LABORATOIRE : ☐ Porte Notre Dame ☐ Martin Martine ☐ Caudry ☐ Solesmes ☐ Douchy les Mines ☐ Douai ☐ Leforest ☐ Hénin Beaumont ☐ Béthune ☐ Bruay la Buisnière ☐ PHARMACIE : ☐ FAXER : Interlocuteur : Numéro : ☐ DOUBLE AU DOCTEUR			

Synlab Oxabio, dont le siège social est situé 13 rue d'Alger à Cambrai (59400), traite vos données pour la gestion de votre fiche de liaison et votre suivi médical (finalité). Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, de limitation, d'opposition et de portabilité de vos données. Pour exercer ces droits ou pour toute question, contactez notre DPO à synlab@dpo.fr ou par courrier à l'adresse du laboratoire. Vous disposez également du droit d'introduire une réclamation auprès de la CNIL. Pour plus d'informations sur la gestion de vos données et vos droits : <https://www.oxabio.fr/Laboratoire/Common/rpgd.aspx>