



FICHE DE RENSEIGNEMENTS PRE-ANALYTIQUE

PRE ENR 101 V 11

Ne pas jeter à remettre à votre infirmier lors de votre prochain prélèvement à domicile

Site d'**Hénin-Beaumont** (62110)

89 pl Wagon

Tél : 03.21.69.80.00

Site internet : www.cbna.fr

Site de **Douai** (59500)

320 bd de la République

Tél : 03.27.87.36.33

Site de **Billy Montigny** (62420)

67 av de la République

Tél : 03.21.08.66.66

IDENTIFICATION DU PATIENT		RENSEIGNEMENTS DE L'ASSURE	
Nom Prénom :		N° sécurité sociale :	
Nom naissance :		CPAM :	
Né le : Sexe :		Mutuelle :	
Adresse :		N° AMC :	
.....		Nom Prénom :	
.....		Né le :	
Téléphone :		100% : ☐ INV ☐ ALD ☐ MAT	
		Le patient est : ☐ l'assuré ☐ le conjoint ☐ un enfant	
PRELEVEMENT			
Nom du préleveur : Tél:		Date : Heure :	
Echantillon transmis :		Nombre de tubes :	
☐ Sang ☐ Urines ☐ Selles ☐ Autre :		GS-RAI : si transfusion, noter la date :	
☐ Patient non à jeun ☐ Prélèvement difficile			
Pose du garrot (pour la kaliémie) : ☐ Oui ☐ Non			
RENSEIGNEMENTS CLINIQUES			
Dosage de médicament : Nom :		Posologie : Dernière prise :	
(AVK, acide valproïque, digoxine,...)		Indication AVK : (date/heure)	
Dosage créatinine : Poids :		Traitement hormonal :	
Bilan hormonal : DDR :			
Contexte clinique en rapport avec examen :		☐ Altération état général ☐ Chimiothérapie	
		☐ T°C > 38°C ☐ Grossesse	
RESULTATS		PHARMACIE	
Résultats médecin : ☐ URGENT ☐ Tél ☐ Fax			
NOM médecin :			
Résultats patient :			
☐ Poste ☐ Laboratoire ☐ Internet ☐ BAC IDE ☐ Pharmacie			
Transmission des INR par SMS à IDE :			
☐ Accord patient ☐ Annulation par le patient			
Signature patient :			
RECEPTION (A remplir par le laboratoire)			
Date :		heure :	
Echantillon(s) reçu(s) :			
☐ Bleu (citrate) ☐ Rouge (sec)		☐ Vert (Héparine) ☐ Violet (EDTA)-NFS	
☐ Gris (Fluoroacétate) ☐ Jaune (sec)		☐ Violet (EDTA)-HbA1c/GS/autres	
☐ Urine échantillon ☐ Urine 24h		☐ Pot (Selles, crachat) ☐ Ecouvillons	
Echantillon conforme : ☐ Oui ☐ Non (sinon noter le ou les codes)			