

# Laboratoire XLABS

Site de CHOLET Centre  
9 Avenue Gambetta  
49300 CHOLET

☎ 02 41 62 30 73 ☎ 02 41 62 81 70  
e mail [choletcentre@xlabs.fr](mailto:choletcentre@xlabs.fr) site [xlabs.fr](http://xlabs.fr)

## DEMANDE D'ANALYSES

### Prélevé par :

Date : \_\_\_\_\_ Heure : \_\_\_\_\_  
 à domicile  au cabinet  ehpad ou autre

### Transmis par :

Date : (si différente de la date de prélèvement)

PATIENT	<b>Nom d'usage:</b> <b>Nom de naissance:</b> <b>Prénom:</b> <b>Date de naissance :</b> _____ Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <b>Adresse :</b> <b>Téléphone :</b>
	<b>N° de S.S. :</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <b>Nom :</b> _____ <b>Prénom :</b> _____ <b>Date de naissance :</b> _____ <b>Caisse :</b> <b>Motif de la prise en charge: cocher et joindre ordonnance</b> <input type="checkbox"/> Invalidité <input type="checkbox"/> ALD <input type="checkbox"/> Stérilité <input type="checkbox"/> CMU <input type="checkbox"/> Maternité, date de début de grossesse : _____ <input type="checkbox"/> Accident Travail Date : _____ (joindre copie de la déclaration de l'A.T.) <b>Mutuelle :</b> <input type="checkbox"/> <b>Tiers Payant Mutuelle</b> Joindre impérativement une copie de la carte de mutuelle
RESULTAT	<b>Médecin prescripteur :</b> _____ Double au Docteur : _____ <b>urgent</b> <input type="checkbox"/> → <input type="checkbox"/> Faxer au : _____ <input type="checkbox"/> Téléphoner au : _____ <b>pour le patient :</b> <input type="checkbox"/> à disposition sur Internet (serveur de résultats) <input type="checkbox"/> demande de codes d'accès <input type="checkbox"/> passera au laboratoire <input type="checkbox"/> à la pharmacie <input type="checkbox"/> par courrier
	<b>EXAMENS DEMANDES :</b> Joindre prescription <b>RENSEIGNEMENTS CLINIQUES :</b> _____ <b>Patient à jeun :</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <b>POIDS (pour créatinine – Cockcroft) :</b> .....Kg <b>Grossesse :</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <b>Dosage hormonal ou HCG →</b> Date des dernières règles : _____ <b>Médicaments :</b> _____ <b>Posologie :</b> _____ <b>Heure dernière prise :</b> _____ <b>Contexte clinique :</b>

Signaler tout problème de prélèvement

Contacter le laboratoire en cas de doute sur une analyse.

Horaires : 7h30-12h30 13h30 -18 h / le samedi : 7h30 -12 h

C2ENR03 ACR03 Février 2014

Enregistré au laboratoire par :

Vérifié au laboratoire par :

Conformité des échantillons à réception Oui  Non

# Laboratoire XLABS

Site de CHOLET Centre  
9 Avenue Gambetta  
49300 CHOLET

☎ 02 41 62 30 73 ☎ 02 41 62 81 70  
e mail [choletcentre@xlabs.fr](mailto:choletcentre@xlabs.fr) site [xlabs.fr](http://xlabs.fr)

## DEMANDE D'ANALYSES

### Prélevé par :

Date : \_\_\_\_\_ Heure : \_\_\_\_\_  
 à domicile  au cabinet  ehpad ou autre

### Transmis par :

Date : (si différente de la date de prélèvement)

PATIENT	<b>Nom d'usage:</b> <b>Nom de naissance:</b> <b>Prénom:</b> <b>Date de naissance :</b> _____ Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <b>Adresse :</b> <b>Téléphone :</b>
	<b>N° de S.S. :</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <b>Nom :</b> _____ <b>Prénom :</b> _____ <b>Date de naissance :</b> _____ <b>Caisse :</b> <b>Motif de la prise en charge: cocher et joindre ordonnance</b> <input type="checkbox"/> Invalidité <input type="checkbox"/> ALD <input type="checkbox"/> Stérilité <input type="checkbox"/> CMU <input type="checkbox"/> Maternité, date de début de grossesse : _____ <input type="checkbox"/> Accident Travail Date : _____ (joindre copie de la déclaration de l'A.T.) <b>Mutuelle :</b> <input type="checkbox"/> <b>Tiers Payant Mutuelle</b> Joindre impérativement une copie de la carte de mutuelle
RESULTAT	<b>Médecin prescripteur :</b> _____ Double au Docteur : _____ <b>urgent</b> <input type="checkbox"/> → <input type="checkbox"/> Faxer au : _____ <input type="checkbox"/> Téléphoner au : _____ <b>pour le patient :</b> <input type="checkbox"/> à disposition sur Internet (serveur de résultats) <input type="checkbox"/> demande de codes d'accès <input type="checkbox"/> passera au laboratoire <input type="checkbox"/> à la pharmacie <input type="checkbox"/> par courrier
	<b>EXAMENS DEMANDES :</b> Joindre prescription <b>RENSEIGNEMENTS CLINIQUES :</b> _____ <b>Patient à jeun :</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <b>POIDS (pour créatinine – Cockcroft) :</b> .....Kg <b>Grossesse :</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <b>Dosage hormonal ou HCG →</b> Date des dernières règles : _____ <b>Médicaments :</b> _____ <b>Posologie :</b> _____ <b>Heure dernière prise :</b> _____ <b>Contexte clinique :</b>

Signaler tout problème de prélèvement

Contacter le laboratoire en cas de doute sur une analyse.

Horaires : 7h30 -12 h30 13h30-18h / le samedi : 7h30 -12 h

C2ENR03 ACR03 Février 2014

Enregistré au laboratoire par :

Vérifié au laboratoire par :

Conformité des échantillons à réception Oui  Non