# *Laboratoire* ***XLABS***

Site de ST MACAIRE en MAUGES
69 rue du Commerce
49450 ST MACAIRE EN MAUGES
☎ 02 41 46 66 88 🖷 02 41 55 77 65
**e mail** saintmacaire@xlabs.fr **site** xlabs.fr

**Prélevé par :**
Date : Heure :
☐ à domicile ☐ au cabinet ☐ehpad ou autre

**Transmis par :**

Date : *(si différente de la date de prélèvement)*

## DEMANDE D'ANALYSES

**PATIENT**

**Nom d'usage:**

**Nom de naissance**:

**Prénom**:

**Date de naissance** : Sexe : ☐ M ☐ F

Adresse :

Téléphone :

**ASSURE**

**N° de S.S. :** ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ ☐☐

Nom : Prénom : Date de naissance :

**Caisse :**

**Motif de la prise en charge: cocher et joindre ordonnance**

☐ Invalidité ☐ ALD ☐ Stérilité ☐ CMU
☐ Maternité, date de début de grossesse :
☐ Accident Travail Date : *(joindre copie de la déclaration de l'A.T.)*

**Mutuelle :**

☐ **Tiers Payant Mutuelle** *Joindre impérativement une copie de la carte de mutuelle*

**RESULTAT**

**Médecin prescripteur :** Double au Docteur :

**urgent** ☐ → ☐ Faxer au : ☐ Téléphoner au :

**pour le patient :** ☐ à dispostion sur Internet (serveur de résultats) ☐ demande de codes d'accès
☐ passera au laboratoire ☐ à la pharmacie ☐ par courrier

**ANALYSES**

**EXAMENS DEMANDES :**
Joindre prescription

**RENSEIGNEMENTS CLINIQUES :** Patient à jeun : ☐ Oui ☐ Non

POIDS (**pour créatinine – Cockcroft**) : ……..Kg Grossesse : ☐ Oui ☐ Non

Dosage hormonal ou HCG →Date des dernières règles :

Médicaments : Posologie : Heure dernière prise :

Contexte clinique :

Signaler tout problème de prélèvement
Contacter le laboratoire en cas de doute sur une analyse.
Horaires : 8h30 -12h30 14h -17h / le samedi : 7h30- 12h

Enregistré au laboratoire par :
Vérifié au laboratoire par:
Conformité des échantillons à réception ☐Oui ☐ Non



*Laboratoire* ***XLABS***

Site de ST MACAIRE en MAUGES
69 rue du Commerce
49450 ST MACAIRE EN MAUGES
☎ 02 41 46 66 88 🖷 02 41 55 77 65
**e mail** saintmacaire@xlabs.fr **site** xlabs.fr

**Prélevé par :**
Date : Heure :
☐ à domicile ☐ au cabinet ☐ehpad ou autre

**Transmis par :**

Date : *(si différente de la date de prélèvement)*

DEMANDE D'ANALYSES

PATIENT

**Nom d'usage:**

**Nom de naissance**:

**Prénom**:

**Date de naissance** : Sexe : ☐ M ☐ F

Adresse :

Téléphone :

ASSURE

**N° de S.S. :** ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ ☐☐

Nom : Prénom : Date de naissance :

**Caisse :**

**Motif de la prise en charge: cocher et joindre ordonnance**

☐ Invalidité ☐ ALD ☐ Stérilité ☐ CMU
☐ Maternité, date de début de grossesse :
☐ Accident Travail Date : *(joindre copie de la déclaration de l'A.T.)*

**Mutuelle :**

☐ **Tiers Payant Mutuelle** *Joindre impérativement une copie de la carte de mutuelle*

RESULTAT

**Médecin prescripteur :** Double au Docteur :

**urgent** ☐ → ☐ Faxer au : ☐ Téléphoner au :

**pour le patient :** ☐ à dispostion sur Internet (serveur de résultats) ☐ demande de codes d'accès
☐ passera au laboratoire ☐ à la pharmacie ☐ par courrier

ANALYSES

**EXAMENS DEMANDES :**
Joindre prescription

**RENSEIGNEMENTS CLINIQUES :** Patient à jeun : ☐ Oui ☐ Non

POIDS (**pour créatinine – Cockcroft**) : ……..Kg Grossesse : ☐ Oui ☐ Non

Dosage hormonal ou HCG →Date des dernières règles :

Médicaments : Posologie : Heure dernière prise :

Contexte clinique :

Signaler tout problème de prélèvement
Contacter le laboratoire en cas de doute sur une analyse.
Horaires : 8h30 -12h30 14h-17 h / le samedi : 7h30 -12h

Enregistré au laboratoire par :
Vérifié au laboratoire par:
Conformité des échantillons à réception ☐Oui ☐ Non

*C2ENR03 ACR03 Février 2014*