

# Laboratoire XLABS

Site de LA CRECHE

68 Avenue de Paris

79260 LA CRECHE

☎ 05 49 05 33 05 📠 05 49 05 32 92

e mail [lacreche@xlabs.fr](mailto:lacreche@xlabs.fr) site [xlabs.fr](http://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	<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
	Adresse :
	Téléphone :
ASSURE	<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"/>
	Nom : _____ Prénom : _____ Date de naissance : _____
	<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
ANALYSES	<b>EXAMENS DEMANDES :</b> Joindre prescription
	<b>RENSEIGNEMENTS CLINIQUES :</b>
	<u>Patient à jeun :</u> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	POIDS (pour créatinine – Cockcroft) : .....Kg Grossesse : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	<u>Dosage hormonal ou HCG</u> → Date des dernières règles : _____
<u>Médicaments :</u> _____ Posologie : _____ Heure dernière prise : _____	
	<u>Contexte clinique :</u> _____

Signaler tout problème de prélèvement

Contactez le laboratoire en cas de doute sur une analyse.

Horaires : 7h30 -12h30 14h -16h / le samedi : 7h30 - 12h30

C2ENR03 ACR03 Février 2014

Enregistré au laboratoire par :

Vérfié au laboratoire par :

Conformité des échantillons à réception  Oui  Non

# Laboratoire XLABS

Site de LA CRECHE

68 Avenue de Paris

79260 LA CRECHE

☎ 05 49 05 33 05 📠 05 49 05 32 92

e mail [lacreche@xlabs.fr](mailto:lacreche@xlabs.fr) site [xlabs.fr](http://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	<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
	Adresse :
	Téléphone :
ASSURE	<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"/>
	Nom : _____ Prénom : _____ Date de naissance : _____
	<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
ANALYSES	<b>EXAMENS DEMANDES :</b> Joindre prescription
	<b>RENSEIGNEMENTS CLINIQUES :</b>
	<u>Patient à jeun :</u> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	POIDS (pour créatinine – Cockcroft) : .....Kg Grossesse : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	<u>Dosage hormonal ou HCG</u> → Date des dernières règles : _____
<u>Médicaments :</u> _____ Posologie : _____ Heure dernière prise : _____	
	<u>Contexte clinique :</u> _____

Signaler tout problème de prélèvement

Contactez le laboratoire en cas de doute sur une analyse.

Horaires : 7h30 -12h30 14h -16 h / le samedi : 7h30 - 12h30

C2ENR03 ACR03 Février 2014

Enregistré au laboratoire par :

Vérfié au laboratoire par :

Conformité des échantillons à réception  Oui  Non