BIOGROUP
biologie médicale

FICHE DE TRANSMISSION POUR PRELEVEMENT EXTERNE

*Les **encadrés rouges** sont **obligatoires***

PATIENT (*ou coller l'étiquette du laboratoire)*

Nom : .....

Prénom : .....

Nom de naissance : .....

Date de naissance : ..... / ..... / .....

Sexe : ☐Masculin ☐Féminin

Adresse : .....

Tél. : .....

CP - Ville : .....

Mail : .....

☐ Ordonnance à retourner au patient

☐ Etiquettes à envoyer pour prochain bilan

TIERS PAYANT

N° SS : .....

Caisse : .....

Mutuelle : .....

TRANSMISSION DES RESULTATS

☐ Courrier ☐ Email

☐ Retrait au laboratoire

☐ Copie au médecin traitant : .....

☐ Refus de transmission à IDE

SIGNATURE du PATIENT

Si GROUPE SANGUIN - RAI

☐ Pièce d'identité à joindre (obligatoire)

☐ Antécédents transfusionnels et/ou RAI positive
Date : ..... / ..... / .....

☐ Injection d'anti-D (Rophylac), date et posologie :
.....

PRELEVEMENT

Date : ..... / ..... / ..... **Heure :** ..... h .....

Prélevé par :

Nom : .....

Prénom : .....

Nom du Cabinet (Mykali) : : .....

Prélèvement : ☐ Difficile ☐ Non à jeun
☐ Urgent

Lieu de dépose du prélèvement (si hors laboratoire) :
.....

Ordonnance renouvelable (*si non jointe)*
Médecin :.....
Date de prescription : ..... /..... /.....
Analyses :.....
.....

AUTORISATION REQUISE SI

☐ Analyses **hors nomenclature** (non remboursées)
☐Accepté ☐Refusé

☐ Analyses **sans ordonnance**
J'autorise le laboratoire à réaliser les analyses :
.....

Je suis informé des tarifs et des modalités de rendu des résultats

SIGNATURE du PATIENT

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

AVK: ☐ Coumadine ☐ Préviscan ☐ Sintrom ☐ Minisintrom
Cible : ☐ INR 2-3 ☐ INR 3-4
Posologie : .....

☐ Médicament à doser : .....
Posologie : .....
Dernière prise : ..... / ..... / ..... à ..... h .....

☐ Poids : .....

☐ Chimiothérapie

☐ Début de Grossesse et/ou DDR: .....

☐ Autre :

CADRE RESERVE AU LABORATOIRE

Date : ..... / ..... / ..... Heure : ..... h ..... Par : .....

Nombre de tubes :

Violet		Bleu		Vert clair	
Gris		Jaune		Urine	
Prélèvement bactériologique :					
Autres :					

Conforme : ☐ Oui ☐Non
Si non, motif : .....

ERPRE010 V10.0

BIOGROUP
biologie médicale

FICHE DE TRANSMISSION POUR PRELEVEMENT EXTERNE

*Les **encadrés rouges** sont **obligatoires***

INSTRUCTIONS

ORDRE DE PRELEVEMENT DES TUBES

- Veiller au bon remplissage des tubes.
- Il est recommandé d'**homogénéiser** le tube **dès le retrait** du corps de prélèvement, par plusieurs retournements lents.
- Identifier les tubes.
- Veiller à respecter les conditions recommandées de prélèvement et de transport.

RAPPEL DES EXAMENS COURANTS EN FONCTION DES TUBES

1 TUBE VERT CLAIR

ACE
Acide urique
AFP
Albumine
Amylase
B2 Microglobuline
BHCG **+ 1 tube Jaune**
Bilan lipidique (EAL)
Bilirubine
CA125
CA153
CA199
C3
C4
Calcitonine
Calcium
Calcium corrigé
Carbamazépine
Cholestérol
Clairance à la créatinine Créatinine / Cockroft CKD EPI
Coefficient de saturation de la transferrine
Cortisol
CPK
CRP
CRP Ultrasensible
Dépakine
Digoxine
Estradiol
Facteur Rhumatoïde
Fer
Ferritine
Folates
FSH
Gamma GT
Haptoglobine
NTX-CTX (cross-laps)
NT Pro BNP
Phénobarbital
Ig E totales
Ionogramme complet (Na K,Cl RA,PROT)
Ionogramme (Na, K, Cl)
K potassium
LDH
LH
Lipase
Magnésium
Phosphatase Alcaline (PAL)
Phosphore
Préalbumine
Procalcitonine (PCT)
Progestérone
Prolactine
Protéines totales
PSA
PSA libre
PTH
SDHA
T3 libre
T4 libre
Tégrétol
Testostérone (Homme)
Transaminases (ASAT/ALAT)
Transferrine
Triglycérides
Troponine
TSH
Urée
Vitamine D
Vitamine B12

1TUBE JAUNE

ACAN
AMH
Anticorps Anti DNA
Anticorps anti ENA
Anticorps anti récepteur de la TSH (TRAK)
Anticorps Anti-CCP
ATG / ATPO
CDT
ECA Enzyme conversion angiotensine
Electrophorèse des protéines (ELP)
IEP immunoélectrophorèse
Ig E spécifiques
Ig G-A-M
Insuline
Lithium
Orosomucoide
Ostéolcalcine
Phadiatop
Testostérone (Femme)

2 TUBES JAUNES

Chlamydiae
CMV
EBV
Hélicobacter Pylori
Hépatite A
Hépatite B (AgHBs, AcHBC, AcHBs)
Hépatite C (HCV)
Herpès (HSV)
HIV
HTLV
Lyme
Rougeole
Rubéole
Syphilis
Thyroglobuline
Toxoplasmose
Varicelle (VZV)

1 TUBE BLEU

TP - INR
TCA
AntiXA (4h après injection)
D-Dimères
Fibrinogène

1 TUBE VIOLET

Numération formule
Plaquettes
Réticulocytes
Paludisme
VS
HBA1C

1 TUBE VIOLET (en plus/examen)

Tacrolimus
Evérolimus
Ciclosporine

Groupe sanguin - RAI
+ Carte d'identité CNI

1 TUBE GRIS

Glycémie
Alcoolémie

Pour les analyses hors liste :
consulter notre manuel de prélèvement sur www.laboschambery.fr

NOUS CONTACTER :

Laboratoire de Bassens 12 Avenue de Turin 73000 Bassens	04.79.60.70.87	labo.bassens@biogroup.fr
Laboratoire de Belley 511 Av Charles de Gaulle 01300 Belley	04.79.81.45.67	labo.belley@biogroup.fr
Laboratoire de Chambéry le Haut 333, Avenue d'Annecy 73000 Chambéry	04.79.68.60.55	labo.chamberylehaut@biogroup.fr
Laboratoire du Grand Verger 177 Avenue du Grand Verger 73000 Chambéry	04.79.68.64.06	labo.verger@biogroup.fr

Laboratoire du Medipole Avenue des Massettes 73190 Challes les eaux	04.79.26.84.84	labo.medipoledesavoie@biogroup.fr
Laboratoire de la Motte Servolex 44 Résidence Ste Anne 73290 La Motte Servolex	04.79.65.97.87	labo.motte@biogroup.fr
Laboratoire Tercinet 5 Rue Favre 73000 Chambéry	04.79.33.04.02	labo.tercinet@biogroup.fr
Laboratoire de Yenne Z.A. Les Fontanettes 73170 Yenne	04.79.36.74.05	labo.yenne@biogroup.fr

NOUVEAU!	**Laboratoire Chambéry Centre** 5 Avenue du Général de Gaulle 73000 Chambéry	04.79.68.64.08	labo.chamberycentre@biogroup.fr