



Formulaire
FICHE DE SUIVI BIOLOGIQUE

Prescription : [] renouvelable (si possible date de [] contrôle demandé (pas l'ordonnance d'ordonnance)

IDENTIFICATION PATIENT

Nom de jeune fille :

Nom :

Prénom :

Né(e) le :

Adresse :

Sexe : [] M [] F

Tel :

Renseignements couverture sociale (joindre la carte ou l'attestation de sécu et/ou mutuelle)

Sinon NOM de l'assuré : et N°SS :

Sinon Mutuelle :

Fin de droits :

TRAITEMENTS

Nom de l'anticoagulant :

Posologie :

Autre médicament :

o Pour le dosage de l'Ac. Valproïque, des Barbituriques, de la Carbamazépine, de la Digoxine

Jour et heure de la dernière prise Posologie :

RENSEIGNEMENTS

Etat de jeune

[] A jeun

[] Après le repas

Date des dernières règles:

(indispensable pour hormonologie)

Poids :

Pathologie connue ou contexte de la demande:

Renseignements cliniques [] Fièvre

[] Autre :

PRELEVEMENT

Date de prélèvement :

Nom du préleveur :

Heure de prélèvement :

Echantillon

[] Sang

[] urines

[] Selles

[] Autre :

Nb de tubes :

(Ech [] ; 24h [] ; ECBU [])

(1 [] ; 2 [] ; 3 [] ; autre [])

.....

RESULTATS

Urgent []

Médecin

[] A faxer

[] A téléphoner

[] à poster

Patient

[] à remettre au patient au laboratoire

[] à poster

IDE

[] à téléphoner



Formulaire
FICHE DE SUIVI BIOLOGIQUE

Prescription : [] renouvelable (si possible date de [] contrôle demandé (pas l'ordonnance d'ordonnance)

IDENTIFICATION PATIENT

Nom de jeune fille :

Nom :

Prénom :

Né(e) le :

Adresse :

Sexe : [] M [] F

Tel :

Renseignements couverture sociale (joindre la carte ou l'attestation de sécu et/ou mutuelle)

Sinon NOM de l'assuré : et N°SS :

Sinon Mutuelle :

Fin de droits :

TRAITEMENTS

Nom de l'anticoagulant :

Posologie :

Autre médicament :

o Pour le dosage de l'Ac. Valproïque, des Barbituriques, de la Carbamazépine, de la Digoxine

Jour et heure de la dernière prise Posologie :

RENSEIGNEMENTS

Etat de jeune

[] A jeun

[] Après le repas

Date des dernières règles:

(indispensable pour hormonologie)

Poids :

Pathologie connue ou contexte de la demande:

Renseignements cliniques [] Fièvre

[] Autre :

PRELEVEMENT

Date de prélèvement :

Nom du préleveur :

Heure de prélèvement :

Echantillon

[] Sang

[] urines

[] Selles

[] Autre :

Nb de tubes :

(Ech [] ; 24h [] ; ECBU [])

(1 [] ; 2 [] ; 3 [] ; autre [])

.....

RESULTATS

Urgent []

Médecin

[] A faxer

[] A téléphoner

[] à poster

Patient

[] à remettre au patient au laboratoire

[] à poster

IDE

[] à téléphoner