# Patient

**Lorsque l'identification du patient fait défaut, est incomplète ou incertaine, la personne qui prélève doit mettre en place une procédure d'identification spéciale conçue pour éviter toute erreur.**

**Nom de naissance**

**Nom d'usage**

**Prénom**

**Sexe : 🗆F 🗆M**

**Date de naissance**

**Adresse**

**BP**

**Tel fixe**

**Tel portable**

# Prescripteur / Prescription

□ Prescription conforme sinon voir ci-dessous.

## □ Si certaines des données ci-dessous sont manquantes, merci de les indiquer.

**Nom du prescripteur**

**Prénom**

**Qualité**

**N°RPPS**

**Données de contact…………………………..**

**Date de la prescription**

**Examens demandés…………………………**

# Renseignements cliniques (après accord du patient)

**Renseignements cliniques :**

 **Traitement en cours**

**Posologie**

**Heure d’administration :**

# Prélèvement

### Identification du préleveur (ou cachet)

**Nom de naissance :**

**Prénom**

**Qualité**

**N° d’identification**

### Caractéristiques du prélèvement

**Date du prélèvement :**

**Heure :**

**Conditions du prélèvement :**

□ à jeun □ non à jeun □ Autre………………

**Nombre des échantillons prélevés :**

**Site du prélèvement :** □ Pli du coude □ Autre

**Nature :** □ Sang  □ Urine □ Autres………….

Difficultés lors du prélèvement ? □ Oui □ Non

# Modalités du rendu des résultats

**Patient** : 🞎 Poste 🞎 Laboratoire\* 🞎 Internet par sms **Prescripteur** : copie à ………………………

\* Les résultats sont rendus en mains propres (ou avec l’autorisation ci-dessous, complétée et signée) sous enveloppe cachetée.

**En cas de retrait par une personne tierce compléter l’autorisation ci-dessous.**

Je soussigné autorise à retirer mes résultats au laboratoire.

Signature :

**Transmission du prélèvement**

**A renseigner si la transmission est réalisée par une personne autre que le préleveur**

|  |  |
| --- | --- |
| **Identification de l’expéditeur** | **Identification du destinataire** |
|  | Laboratoire du Centre Hospitalier F DunanBP 421697500 St Pierre et MiquelonTel : 05 08 41 14 05 |

Envoyé le : …………………………………… à …………………………………

Par : nom prénom

Type de transport : 🞎 Terrestre 🞎 Aérien 🞎 Bateau.

Qualité : 🞎 Coursier 🞎 Autre (précisez) :……………………………………

**Transport Miquelon**

🞎 Nombre de boites de transport et sachets de cet envoi :………..

🞎 Ambulancier prévenu à : …….h……..