|  |  |
| --- | --- |
| **INFORMATIONS SUR LE PATIENT** | **INFORMATIONS SUR LE DEMANDEUR** |
| NOM :  \_\_\_NOM de naissance : \_\_\_Prénom : \_\_\_ETIQUETTEPATIENTNé(e) le : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_Sexe : [ ]  Masculin [ ]  FémininAdresse : **\_\_\_** | Demandeur : \_\_\_Cachet de l’organismeAdresse : \_\_\_🕿 : \_\_\_Adresse e-mail sécurisé : \_\_\_ |

|  |
| --- |
| **INFORMATIONS SUR LE PRELEVEMENT** |
| **NOM et Prénom du préleveur** : \_\_\_ **Qualification du préleveur** : \_\_\_**Date du prélèvement** :Cliquez ici pour entrer une date. **Heure du prélèvement** : \_\_\_ h \_\_\_ min**Urgence** : [ ]  Normal [ ]  URGENT [ ]  A jeun [ ]  Non à jeun**Type** : [ ]  Sérum [ ]  Plasma-anticoag. [ ]  Sang total-anticoag. [ ]  LCR [ ]  Urines : [ ]  Ech [ ]  24h [ ]  Selles : [ ]  Ech [ ]  24h [ ]  48h [ ]  72h [ ]  Autre (à préciser) : \_\_\_**Acheminement** : [ ]  Température ambiante : \_\_\_ tube(s) [ ]  + 4°C : \_\_\_ tube(s) [ ]  Congelé : \_\_\_ tube(s) |

|  |
| --- |
| **INFORMATIONS CLINIQUES (à remplir si PERTINENTES)** |
| **Taille et poids du patient** : \_\_\_ (cm) \_\_\_ (kg) **Diurèse** : \_\_\_ ml / \_\_\_ heures**Traitement médicamenteux + posologie** :\_\_\_**Dernière dose** : Date : Cliquez ici pour entrer une date. Heure : \_\_\_ h \_\_\_ min**Grossesse** : [ ]  Oui [ ]  Non **DDR** : \_\_\_ ou **DDG** : \_\_\_(**Obligatoire** pour recherche de toxoplasmose)**Autres informations cliniques pertinentes** : A compléter si besoin. |

|  |
| --- |
| **EXAMENS DEMANDES** (Manuel de prélèvement : https://home.ubilab.io/#/public/chu-angers/pro/home) |
| Indiquez les examens demandés en utilisant les intitulés du manuel de prélèvement.[ ]  Je m’engage à respecter les conditions pré-analytiques précisées dans le Manuel de Prélèvement du CHU d’Angers. |

|  |
| --- |
| **FACTURATION (sauf si analyse RIHN et LC)** |
| **Le présent document vaut bon de commande et engage mon organisation à régler le montant de la facture.****Adresse de facturation :** Si différente de l’adresse indiquée dans la partie « informations sur le demandeur »**NOM de l’assuré** (si différent du patient) : \_\_\_**N° SÉCURITÉ SOCIALE** : \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_Organisme: \_\_ \_\_ Caisse : \_\_ \_\_ N° Centre : \_\_ \_\_ Ville : \_\_\_**Prise en charge** : [ ]  100% : [ ]  ALD [ ]  CMU [ ]  MAT [ ]  AME [ ]  INV [ ]  STE [ ]  AT Date : \_\_\_ [ ]  \_\_\_ % Nom Mutuelle : \_\_\_(joindre impérativement la photocopie recto/verso de la carte mutuelle en cours de validité) |

Date :Cliquez ici pour entrer une date. Signature du demandeur :