|  |  |
| --- | --- |
| **INFORMATIONS SUR LE PATIENT** | **INFORMATIONS SUR LE DEMANDEUR** |
| NOM :  \_\_\_  NOM de naissance : \_\_\_  Prénom : \_\_\_  ETIQUETTE  PATIENT  Né(e) le : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_  Sexe :  Masculin  Féminin  Adresse : **\_\_\_** | Demandeur : \_\_\_  Cachet de l’organisme  Adresse : \_\_\_  🕿 : \_\_\_  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 :