

Année 2 0

Date de prélèvement 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16
 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 jour
 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 mois

Heure de prél. 00 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11
 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 heures
 00 05 10 15 20 25 30 35 40 45 50 55 minutes

Maternité téléphone : 01 56 61 64 24
 Maternité Fax : 01 56 61 64 35
 Consultation Obstétrique 01 56 61 61 47

Nom du patient :

Prénom :

Date de naissance :

URGENT

Plaquettes sur citrate

NFS Ferritine

Electrophorèse de l'Hémoglobine

Créatinine Acide urique

Transaminases GGT

T4 TSH

Acides Biliaires

Autres : noter les examens à la main

Toxoplasmose Rubéole

VIH Syphilis (BW) dépistage

Hépatite C

Hépatite B

Pour le suivi utiliser le FOR 11
(examens sous traités)

AgHBS

Ac anti HBS

Ac anti HBC

TP, TCA Fibrinogène

Traitement NON

OUI

Noter le nom du médicament :.....

Pour les demandes de groupes sanguins, RAI, TCD

Remplir et joindre : "Demande d'examen d'immuno-hématologie"

Tous les examens grisés sont réalisables en procédure dégradée, le HIV uniquement pour les AES

COLLER ICI ETIQUETTE PATIENT

NOM DU PRESCRIPTEUR (et tempon)

NOM DU PRELEVEUR ET SIGNATURE