

## Laboratoire de GISORS

24 rue de Vienne 27140 GISORS

Tel : 02 32 55 03 64 Fax : 02 32 55 86 32

### *Cadre réservé au laboratoire*

Prélèvement réceptionné

à .....h..... par.....

Conforme ? oui non

Résultats :  URGENTS

Laboratoire  A faxer

Postés  Internet

Pharmacie  IDE

Résultats à un tiers

## Fiche PERSONNELLE d'identification

Nom ..... Prénom : .....

Nom de naissance : ..... Sexe :  M  F

Date de naissance : ..... Lieu de naissance : .....

Adresse .....

.....

Tel : .....

Mail : .....

N° sécurité sociale : .....

Caisse : ..... Mutuelle : .....

*Si modification, joindre une photocopie de vos attestations sécurité sociale et mutuelle*

Prélèvement effectué le : ..... ; à ..... h..... ; par : .....

Poids du patient : .....

Médecin traitant

A jeun 12h

Traitement et dose :

Dosage de médicaments : Nom :

Posologie :

Date et heure de la dernière prise :

Date des dernières règles :

Tube Violet

Tube Bleu

Tube Gris

Tube vert

Tube Rouge/Jaune

Autres

*Total*