

(tel labo CHCB : 14311 ou 02 97 79 02 60)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Identité Médecin Prescripteur (cachet)* |  | *Identité Patient* |
|  |  | NOM :PRENOM :DDN : M FPOIDS : |

Date du prélèvement : ……………………………………..

Heure du prélèvement : …………………………………..

Préleveur (si différent) : …………………………………..

Tel pour communiquer résultats pathologiques : …………………………………………..

Médecin traitant pour envoi du compte-rendu : …………………………………………….

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ⃝ TP/INR | ⃝ D-Dimères |  |
|  |  |  |
| ⃝ IONO (Na, K, Cl, Bicarbonates, Protides) | ⃝ Urée/Créatinine | ⃝ Calcium |
| ⃝ Bilirubine | ⃝ Transaminases | ⃝ Gamma-GT |
| ⃝ PAL | ⃝ Lipase | ⃝ CRP |
| ⃝ Troponine | ⃝ Béta-HCG | ⃝ Autres : ……….. |
|  |  |  |
| ⃝ NFS | ⃝ Plaquettes | ⃝ BNP |
|  |  |  |
| ⃝ ECBU | ⃝ Autres : …………….. |  |

NB : les couleurs correspondent aux couleurs et ordre des tubes