

250001 PRÉLEVÉ le à h.....
 par (nom, qualité, Adeli)

P
A
T
I
E
N
T
(E)

NOM d'usage Prénom
 Nom de naissance Né(e) le..... /..... /..... Sexe M F
 Téléphone(s) Lieu de naissance
 Adresse

A
S
S
U
R
É
(E)

NOM d'usage Prénom
 CAISSE de N°Sécu.....
 MUTUELLE..... N°AMC.....
 REMARQUE.....
 100% ALD Invalidité Maternité (date début grossesse) AT (date)

RÉSULTATS (1 seule case à cocher)

- AU LABO
- À POSTER
- PHARMACIE
- INTERNET (Numéro de portable patient)

Opposition au DMP

IDE (SMS pour INR/Plaquette)

J'autorise : M/Mme

Non à jeun A jeun 8h A jeun 12h

Previscan Autres :

Traitement Anticoagulant cible INR :

2-3 2.5-3.5 3-4 3.5-4.5

Rhophylac date d'injection : / /

Nb de doses :

Renseignements Médicaux :

Dosage de médicament :

Nom du médicament :

Dernière prise: Date : / /

Heure :h.....

Posologie :

Pathologie :

Autres médicaments :

250001

250001

250001

250001

Groupe RAI
 Nom :
 Prénom :
 Né(e) le :
 Nom naissance :
 Sexe :

250001

250001

250001

250001

Groupe RAI
 Nom :
 Prénom :
 Né(e) le :
 Nom naissance :
 Sexe :