

# FICHE DE TRANSMISSION DE PRELEVEMENTS EXTERNES

Réf. : **PRE1-ENR008**  
Version : 02

Applicable le : 30/092022

Carte d'identité vérifiée (Groupe sanguin – RAI – Nouveau patient)

Oui  Non

## RENSEIGNEMENTS PATIENT

SEXE :  H  F *Si nouveau patient ou changement administratif, transmettre une copie des documents au laboratoire.*

NOM D'USAGE : ..... NOM DE NAISSANCE : .....

PRENOM : ..... Date de naissance : .. / .. / ....

Numéro de Sécurité Sociale : .....

ADRESSE : .....

N° de portable\* : ..... N° de téléphone fixe : .....

## PRELEVEUR

NOM & PRENOM : ..... Téléphone : .....

Date et heure de prélèvement - Le : ..... à : .....h .....

## RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

A jeun  Non à jeun  Sans garrot  Prélèvement difficile  
POIDS : ..... kg TAILLE : .....

Diabète :  OUI  NON  Ne sait pas Suivi chimiothérapie

Bilan sérologique : contrôle vaccination :  OUI  NON Bilan hormonal ou HCG ➤ DDR ..../..../....

Dosage de BNP :  OUI  NON

### SI DOSAGE DE MEDICAMENTS OU INR

Médicaments :  
Posologie :  
Date et heure dernière prise :

### SI RAI OU GROUPE SANGUIN

Transfusion > 4 mois  Oui  Non  
Femme enceinte ➔ ROPHYLAC  Oui  Non:  
Si oui, date et posologie de l'injection :  
.....

### SI TRAITEMENT ANTI-COAGULANT PAR HEPARINE (DOSAGE DU TCA)

HBPM  Calciparine ➔ Transmettre au laboratoire en moins de 2 heures

### TRANSMISSION RESULTATS

DMP  MMSSANTE  à garder au laboratoire  personne mandatée : .....

URGENT  à faxer au prescripteur  Pharmacie  Etiquettes

### ORDONNANCE :

Jointe  A venir

Au laboratoire  2<sup>ème</sup> ordonnance au laboratoire

Médecin : ..... A renouveler pour les analyses : .....

### Nombre de tubes prélevés

Tubes : Jaune : ..... Gris : ..... Violet : ..... Bleu : ..... Noir : ..... Rouge : .....

Urines : ..... Urines 24 h : .....

Selles : .....

**CONSENTEMENT PATIENT POUR CONSULTATION RESULTATS INR PAR L'INFIRMIER(E)**

Pour le suivi de mon traitement, j'autorise mon infirmier(e) à consulter le résultat de mon INR et j'autorise le laboratoire à le lui fournir pour cette seule prescription.

Signature du patient :

**Partie réservée au laboratoire**

Date et heure arrivée au laboratoire : ... / ... / ... ...H...

Réceptionné par : .....

Nombre de tube/contenant : .....

Conforme

Non conforme

Motif de la non-conformité : .....