

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^{ème} 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 :