

**FICHE DE TRANSMISSION DE PRÉLÈVEMENTS EXTERNES**

Réf. : PRE1-L-ENRO08 - V01

Applicable le : 07/03/2024

**Renseignements Patients**

NOM D'USAGE : ..... NOM DE NAISSANCE : .....  
 PRÉNOM : ..... Date de naissance : ..... / ..... / ..... Sexe :  H  F  
 Tél portable : ..... Téléphone fixe : .....  
 Adresse : .....  
 Numéro de Sécurité Sociale : ..... Mutuelle : .....  
 **Identité contrôlée sur document d'identité officiel (en cas de groupe sanguin/RAI) et remplir la fiche d'Immuno-Hématologie**

**Infirmier(e)** ..... **Coordonnées** : .....

Date et heure de prélèvement : Le : ..... à : ..... h ..... Heure de recueil pour les urines : .....h.....

**ORDONNANCE :**

 Jointe  A venir  Au laboratoire  2ème ordonnance au laboratoire  Médecin : .....

**Renseignements cliniques**
 **Accord pour analyses hors nomenclature**
**Si hormone sexuelle prescrite** Date de dernières règles : .....

**Si créatinine** : POIDS : .....kg TAILLE : ..... **Si ECBU** : Prise antibiotiques  OUI  NON

 A JEUN : ..... h  Non à jeun

Si oui (nom de l'antibiotique) : .....

**Suivi de traitement :**
 AVK (Previscan / Sintrom / Coumadine..... )  Autres médicaments (à préciser) : .....

Date et heure de dernière prise : ..... Posologie : .....

 Efficacité  Toxicité 
**Transmission résultats**

DMP  MMSSANTE  A garder au laboratoire  Personne mandatée : .....  
 **URGENT**  A faxer au prescripteur  Pharmacie  Etiquettes  Internet (imitox.com)  Courrier  IDE

**Nombre de tubes prélevés**

Urines 24h*	ECBU*	Selles*	Tube bleu	Tube rouge*	Tube Gris*	Tube Noir*	Tube violet*	Tube jaune*	Autre*

\*Préciser le nombre de tubes

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

Pour le suivi de mon traitement, j'autorise mon infirmier(e) à consulter mes résultats et j'autorise le laboratoire à le lui fournir.

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 : .....

Centrifugé à : .....h .....