

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