

GCS BIOLOGIE 85	LABO-FE539	FICHE DE PRELEVEMENT (à remplir par le préleveur) Laboratoire du CH de Fontenay le Comte ☎ 02 51 53 29 31 ☎ 02 51 53 29 32 Mail : sec.labo@chfontenaylecomte.fr www.labochflc.fr	Signature de l'approbateur
	Version D		Dr Laurence DUPOND
	Page 1/1		Applicable le 20/06/2023

IDENTIFICATION DU PATIENT (⚠ données indispensables)

NOM D'USAGE : _____ **OU** **ETIQUETTE** **SEXÉ** : M F
PRENOM : _____ **PATIENT** **DATE DE NAISSANCE** : _____
NOM DE NAISSANCE : _____
ADRESSE : _____ **TELEPHONE** : _____
(portable en priorité)
N° DE SECURITE SOCIALE (Joindre les données de la carte Vitale et mutuelle en cours de validité) : _____
 ENVOYER UNE PLANCHE D'ETIQUETTES AU PATIENT
IDENTITE VERIFIEE sur la base d'un document officiel : OUI **OBLIGATOIRE** pour les **GROUPES SANGUINS ET RAI***
(communiquer, si possible, une copie de la CNI au laboratoire)

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES ET/OU THERAPEUTIQUES PERTINENTS

CONTEXTE CLINIQUE / PATHOLOGIE : _____
 CHIMIOThERAPIE - DATE DE LA PROCHAINE CHIMIO : _____
 GROSSESSE
SI HCG, DOSAGES HORMONAUX, DATE DES DERNIERES REGLES : _____
SI RAI : INJECTION ANTI-D, NON OUI, **DATE** :
TRANSFUSION <4 MOIS, NON OUI, **DATE** :
SI TTT ANTICOAGULANT : LEQUEL : _____
SI ANTI-XA, PRECISER LA MOLECULE ET L'HEURE DE LA DERNIERE INJECTION : _____
SI DOSAGE MEDICAMENT : LEQUEL : _____
DATE ET HEURE DE LA DERNIERE PRISE : _____
SI BACTERIO, TRAITEMENT ATB : NON, OUI, **LEQUEL** : _____

PRESCRIPTION

NOMBRE DE PRESCRIPTION(S) JOINTE(S) : 1 2 3 ...
 PRESCRIPTION RENOUELABLE DEJA TRANSMISE AU LABORATOIRE
 URGENT- motif :
MEDECIN TRAITANT : _____
EN L'ABSENCE DE PRESCRIPTION, RENSEIGNER LES EXAMENS DEMANDES :
.....

PRELEVEMENT

PRELEVEMENT EFFECTUE LE _____ **à** _____ **h** **PAR** : _____
NATURE ET SITE DE PRELEVEMENT : SANG URINES (θ°C de conservation : ambiante +4°C)
 AUTRES (préciser) : _____ (θ°C de conservation : ambiante +4°C)
CONDITIONS DE PRELEVEMENT : A JEUN NON A JEUN AU REPOS SANS GARROT DIFFICILE SUR CI
DIURESE si nécessaire : ----- litre
NOMBRE DE TUBES :
 IDE libéral
 IDE du CH
 IDE de la CSV
 Sage-femme
 autres (préciser)

TRANSMISSION DES RESULTATS au patient
Signature du patient

A POSTER **A GARDER AU LABORATOIRE** (se présenter muni du n° confidentiel remis par le labo ou par l'IDE à domicile)
 SUR INTERNET { 1- n° de **PORTABLE** du patient indispensable :
2- remettre **IMPERATIVEMENT** au patient le document « **RESULTATS sur INTERNET** »
 REFUS ALIMENTATION DMP

TRANSMISSION DES RESULTATS au médecin

Systématiquement un exemplaire est **transmis au médecin prescripteur**,
Si opposition du patient à la communication des résultats aux professionnels de santé en charge du patient, cocher
Les résultats sont transmis au prescripteur conformément aux mentions **portées sur la prescription** (fax, téléphone, en Urgence...)
Les résultats critiques sont téléphonés au prescripteur par un biologiste.

PHOTOCOPIE DE LA PRESCRIPTION A TRANSMETTRE : **IDE** (en cas de prescription renouvelable, une copie est transmise au patient)

**ETIQUETTE
BON
SIL**
(cadre réservé au laboratoire)