

GCS BIOLOGIE 85	LABO-FE539	<b>FICHE DE PRELEVEMENT</b> (à remplir par le préleveur) <b>Laboratoire du CH de Fontenay le Comte</b> ☎ 02 51 53 29 31 ☎ 02 51 53 29 32 Mail : sec.labo@chfontenaylecomte.fr <a href="http://www.labochflc.fr">www.labochflc.fr</a>	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 PRESENTER MUNI DU N° CONFIDENTIEL REMIS PAR LE LABO OU PAR L'IDE A 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)