

**FICHE DE SUIVI – PRELEVEMENTS EXTERNES**

DE-MU0-067 v09 Edition sous la responsabilité du service qualité

IDENTIFICATION DU PATIENT*Etiquette du dossier*

Nom de naissance obligatoire :

Nom usuel :

Prénom :

Vérification identité (Groupe sanguins, Bilan préfecture) : Vue Non vue

Sexe : H / F Date de naissance :/..../.....

Adresse : Tel :

Si nouveau patient, N° de SS :

Caisse : Mutuelle : 100% : Oui Non **RENSEIGNEMENTS CLINIQUES**

POIDS : Kg DDR :

Suivi grossesse : oui / non Injection Rophylac : si oui, date :Pour groupe sanguin : Transfusion < 4 moisTraitement AVK : Préviscan Sintrom Coumadine Posologie :

Héparine : Nom : Posologie : Heure d'injection :

Dosage des médicaments : Nom : Posologie : Heure de dernière prise :

Entresto : (si BNP) Qizenday (si SEP) Suivi chimio/radiothérapie **Diabète** Traitement thyroïdien

Autres renseignements :

PRELEVEMENT

Préleveur : Date :/..../..... Heure :H.....

Pour groupes sanguins : Préleveur n°2 : Heure :H.....

N° téléphone IDE :

 A jeun Non à jeun Indiquer si prélèvement difficile : **PRESCRIPTION**➤ Ordonnance au labo (renouvellement)

➤ Nombre d'ordonnance :

➤ Si pas d'ordonnance :

- Nom médecin :

- Analyses à effectuer :

Informations supplémentaires :

RESULTATS**URGENT** Au patient : PTT Labo internet

Adresse mail :

 Mandate une personne à récupérer ses résultats

Noter si à transmettre à autre médecin :

NOMBRE TUBES PRELEVES (à compléter par le préleveur)	Partie réservée au laboratoire		Vérification concordance ordo <input type="checkbox"/>
	RECEPTION TUBES Par : Heure :	NC éventuelle	
Type d'échantillons : <input type="checkbox"/> sang <input type="checkbox"/> urines (H. de recueil :H....) <input type="checkbox"/> autres :			
Tube citraté (bleu)			
Tube sec (rouge)			
Tube sec gel (jaune)			
Tube hépariné (vert)			
Tube EDTA (violet)			
Tube fluoré (gris)			

**FICHE DE SUIVI – PRELEVEMENTS EXTERNES**

DE-MU0-067 v09 Edition sous la responsabilité du service qualité

IDENTIFICATION DU PATIENT*Etiquette du dossier*

Nom de naissance obligatoire :

Nom usuel :

Prénom :

Vérification identité (Groupe sanguins, Bilan préfecture) : Vue Non vue

Sexe : H / F Date de naissance :/..../.....

Adresse : Tel :

Si nouveau patient, N° de SS :

Caisse : Mutuelle : 100% : Oui Non **RENSEIGNEMENTS CLINIQUES**

POIDS : Kg DDR :

Suivi grossesse : oui / non Injection Rophylac : si oui, date :Pour groupe sanguin : Transfusion < 4 moisTraitement AVK : Préviscan Sintrom Coumadine Posologie :

Héparine : Nom : Posologie : Heure d'injection :

Dosage des médicaments : Nom : Posologie : Heure de dernière prise :

Entresto : (si BNP) Qizenday (si SEP) Suivi chimio/radiothérapie **Diabète** Traitement thyroïdien

Autres renseignements :

PRELEVEMENT

Préleveur : Date :/..../..... Heure :H.....

Pour groupes sanguins : Préleveur n°2 : Heure :H.....

N° téléphone IDE :

 A jeun Non à jeun Indiquer si prélèvement difficile : **PRESCRIPTION**➤ Ordonnance au labo (renouvellement)

➤ Nombre d'ordonnance :

➤ Si pas d'ordonnance :

- Nom médecin :

- Analyses à effectuer :

Informations supplémentaires :

RESULTATS**URGENT** Au patient : PTT Labo internet

Adresse mail :

 Mandate une personne à récupérer ses résultats

Noter si à transmettre à autre médecin :

NOMBRE TUBES PRELEVES (à compléter par le préleveur)	Partie réservée au laboratoire		Vérification concordance ordo <input type="checkbox"/>
	RECEPTION TUBES Par : Heure :	NC éventuelle	
Type d'échantillons : <input type="checkbox"/> sang <input type="checkbox"/> urines (H. de recueil :H....) <input type="checkbox"/> autres :			
Tube citraté (bleu)			
Tube sec (rouge)			
Tube sec gel (jaune)			
Tube hépariné (vert)			
Tube EDTA (violet)			
Tube fluoré (gris)			