



FICHE DE PRELEVEMENT ET DE SUIVI MEDICAL

Document confidentiel

Si demande de groupe sanguin ou RAI, remplir la fiche rose ci-jointe

PRELEVEMENT

Réalisé le ____/____/____ à ____h____ par _____ ☎ : _____

☐ Sang nombre de tubes : _____ ☐ Urines ☐ autre : _____

(ordre prélèvement tubes : citraté-sec-hépariné-EDTA-fluoré) Code Laboconnect cabinet IDE : _____

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

PATIENT ☐ Mr ☐ Mme ☐ Melle ☐ enfant garçon ☐ enfant fille

NOM _____ PRENOM _____

NOM DE NAISSANCE (nom de jeune fille) _____

DATE DE NAISSANCE (obligatoire) ____/____/____/____ ☎ : _____

ADRESSE : _____

Adresse e-mail (pour Laboconnect) : _____@_____

ASSURE Joindre l'attestation SESAME VITALE ou CMU ou RSA et la carte de mutuelle ou leurs photocopies

Nom de l'assuré : _____ Prénom : _____ Date de naissance : _____

Numéro sécurité sociale : ____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____

Si nouveau patient, nous indiquer au dos de la fiche Régime obligatoire, Mutuelle /n° AMC/code PREF

PRESCRIPTEUR / PRESCRIPTION

joindre la prescription ou écrire lisiblement les examens demandés

Nombre d'ordonnances à utiliser : _____

☐ Prescripteur 1 : _____ Ordo renouvelable ☐ date : _____

☐ Prescripteur 2 : _____

☐ Prescripteur 3 : _____

Examens demandés si ordo non présente _____

☐ **URGENT** (justification clinique) _____ ☐ **A FAXER**

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES APRES ACCORD DU PATIENT

☐ patient à jeun ☐ diabétique ☐ bilan préopératoire

☐ patient non à jeun ☐ chimiothérapie ☐ traitement immunosuppresseur

☐ Bilan hormonal femme, grossesse : jour de cycle ____ date dernières règles : _____

☐ Bilan thyroïdien préciser traitement _____

Contexte de la demande d'examens : _____

Patient sous AVK ☐ PREVISCAN ☐ SINTROM ☐ COUMADINE ☐ autre _____

INR cible ☐ 2 à 3 ☐ 2.5 à 3.5 ☐ 3 à 4.5 posologie : _____

Suivi du traitement fait par : ☐ patient ☐ infirmier(e) ☐ médecin

sous héparine nom : _____ date/heure injection : _____ posologie : _____

Dosage de médicaments nom : _____ date / heure dernière prise : _____

Taille : _____ poids _____ posologie : _____

COMPTE-RENDU DU PATIENT

Un exemplaire du compte-rendu des examens est systématiquement envoyé au prescripteur

☐ à retirer au laboratoire ☐ à récupérer sur **laboconnect** (nous donner l'adresse mail)

☐ étiquettes de prélèvement

☐ opposition du patient à la communication des résultats à l'équipe de soins

RECEPTION DES ECHANTILLONS (réservé au laboratoire – procédure dégradée)

Opérateur : _____ date ____/____/____ à ____h____

FICHE DE PRELEVEMENT POUR DEMANDE DE GROUPE ET/ OU DE RAI

Document confidentiel

En cas de demande de groupe et/ou de RAI, il est impératif de remplir cette fiche (en plus de la fiche de demande habituelle). Il est indiqué ci-dessous, point par point les éléments de bonne pratique afin de respecter les règles d'identitovigilance imposées par l'arrêté du 15 mai 2018.

VERIFICATION DE L'IDENTITE DU PATIENT PRELEVE

Il y a lieu de récupérer un document officiel d'identité avec photographie, du patient à prélever (à savoir, carte d'identité, passeport, permis de conduire, carte de séjour).

NB : la carte vitale n'est pas un document officiel d'identité

Cocher le document observé :

☐ carte d'identité, ☐ passeport, ☐ permis de conduire, ☐ carte de séjour, ☐ autre _____
☐ livret de famille

Reporter scrupuleusement en « MAJUSCULES » ci-dessous les éléments du document observé (nom de naissance obligatoire)

NOM de NAISSANCE (nom de jeune fille) _____

NOM USUEL (MARITAL) _____

PRENOM _____

DATE DE NAISSANCE ____/____/____ **Sexe :** ☐ Masculin ☐ Féminin

Vous pouvez transmettre la copie du document d'identité remis dans la boîte de prélèvement mais cela n'affranchit pas de remplir tous les items de cette fiche

CONFORMITE entre PHOTO du document présenté et VISAGE du patient prélevé

Cette vérification a pour but d'éliminer les cas d'usurpation d'identité dont les conséquences immuno-hématologiques peuvent être dramatiques. Une carte de groupe réalisée sous un faux nom fait prendre un risque majeur et vital à la personne inscrite sur la carte.

Valider la conformité de la photographie en cochant la ligne ci-dessous

- ☐ En tant que préleveur, je valide la conformité entre la photographie du document présenté et le visage du patient prélevé
- ☐ Ou bien, en l'absence de photographie ou de certitude de conformité (photo ancienne par exemple, jeune enfant...), faire signer le patient ou le représentant légal, le texte ci-dessous :

Je soussigné certifie avoir été informé par le préleveur, des conséquences dramatiques qui pourraient découler de la déclinaison d'une identité inexacte de la personne prélevée et ne saurais le tenir pour responsable de ces conséquences.

Signature du patient (ou de son représentant légal)

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

Objet de la demande : ☐ suivi de grossesse ☐ bilan pré opératoire ☐ autre

Si autre, préciser _____

Dans le cas de grossesse :

Date des dernières règles ou de début de grossesse _____

Notion d'injection d'anti D (Rophylac ou Natead) Date _____ Dose injectée _____

Notion de transfusion passée _____

Notion de RAI positive _____

Nom et signature du préleveur (obligatoire)