



# 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 cabinet IDE : \_\_\_\_\_

Pour des raisons de sécurité : Ne pas remettre d'aiguilles utilisées dans la boîte. merci

## RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

**PATIENT**  Mr  Mme  Melle  enfant garçon  enfant fille  autre

NOM D'USAGE \_\_\_\_\_ PRENOM \_\_\_\_\_

NOM DE NAISSANCE (obligatoire) \_\_\_\_\_

DATE ET LIEU DE NAISSANCE (obligatoire) \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ à \_\_\_\_\_

☎ : \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

ADRESSE : \_\_\_\_\_

Identité du patient vérifiée : carte d'identité, passeport, carte de séjour, livret de famille, extrait de naissance (rayer les mentions inutiles)

**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 et si changement de mutuelle, 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 **le serveur de résultat**

étiquettes de prélèvement (nous donner l'adresse mail)

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)