



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 ___