



DOCUMENT D'ENREGISTREMENT

REF : DELBM 03803

Fiche de suivi médical et de transmission des échantillons primaires

Patient
Nom et prénom : Date de naissance : M F
Nom de jeune fille (obligatoire) : Tel du patient :
Email (résultats disponibles sur www.laboratoirecarage.com) :
Mandate l'IDE à récupérer mes résultats Signature du patient :

Prescription
Médecin prescripteur / Service prescripteur : A FAXER non oui
Si absence de prescription, analyses à prescrire : ALD URGENT
Résultats disponibles sur www.laboratoirecarage.com (accès professionnel de santé)

Renseignements cliniques

Fièvre : non oui Voyages récents :
Grossesse (date de début de grossesse/...../.....) Bilan Pré opératoire Recueil info impossible

Glycémie, bilan lipidique A jeun >12h A jeun >2h Non à jeun

Analyses Renseignements souhaitables utiles à la réalisation et l'interprétation des examens

Urines 24h00 Diurèse :litres

Créatinine Poids :kg

HBA1c Diabétique : non oui Traitement : non oui

Hémostase/Plaquettes AVK Hep. Stand. HBPM Anti agrégants plaquettaires
Cible INR : Arrêt TTT Relais AVK<->Hep. Posologie : Dernière prise à :h....

RAI Injection anti D (rophylac) si oui, date :/...../.....

TROP/MYO/DDIMERE Douleurs thoraciques Douleurs précordiales Dyspnée Phlébite

Bilan hormonal HCG, FSH, LH, œstradiol DDR :/...../..... ou jour du cycle :

Dosage de médicaments Nom : Posologie : Dernière prise à :h....
ex : DEPAK

Autres

Analyses Bactériologiques

Heure de recueil :h.... Site de prélèvement : TTT antibiotique en cours : non oui
Traitement : Posologie : Date de début/date d'arrêt (<10j) :/...../.....

Vérification identité patient oui non réalisable (patient confus, papiers identité non accessibles ...)
Incident : Hématome Malaise Ponctions répétées Capital veineux faible Autres :
Difficulté de prélèvement : Relais 2ème IDE Pédiatrie/URG RDV reporté à

Prélèvement
Nombre d'échantillons prélevés (sang) : T. bleus (citraté), T. jaunes, T. marrons (sans gel), T. rouges, T. verts (Héparine), T. Violets(EDTA), T. gris (Oxalate), T. noirs (citrate VS), Autres :
Nombre d'échantillons prélevés : urines autres, Hemoc, Ecouv. sec, Ecouv. gel, Ecouv. chla (rose), Flac. Stériles, Flac Non Stériles
Préleveur : Date :/...../....., Heure :h...., Si groupe sanguin : signer et horodater sur le tube EDTA, Nom, prénom ou tampon :, N° identification professionnel :, N° tel :, Fonction : IDE Sage femme Autre :, Signature :

Toute non-conformité peut aboutir à la non réalisation des analyses
Ex : ambiguïté sur l'identification du patient, fiche de prélèvement incomplète, intégrité échantillon...

Réservé LABO
Docs. fournis Prescription, Attest. Sécurité sociale, Attest. Mutuelle / CMU, Pièce identité, Autres :
Heure de réception :h... Opérateur (nom, prénom) :
Fonction : Secrétaire, Technicien, Signature :
Non Conforme (transport, intégrité échantillon, identitovigilance, EP manquants) :
Enregistrement : Erreur : Oubli :