

# Fiche de suivi médical : Prélèvements effectués à l'extérieur du laboratoire

Processus : Pré-Analytique Biologie ; Sous-processus : Prélèvement

Réf: MU-PREPR-EN-001-V04

**URGENT**

**Oui**

N° Dossier :

Nom du préleveur :

## Identification du patient :

Si prélèvement effectué en clinique : N° de chambre : \_\_\_\_\_ N° IP : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_ Nom de naissance : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_ Date de Naissance : / /

Adresse courriel : \_\_\_\_\_

Sexe :  Masculin  Féminin  Enfant  Bébé Téléphone : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

## Prescription :

Voir prescription  Prescription renouvelable ou présente au laboratoire  Absence de prescription : Coordonnées du médecin à qui communiquer les résultats :

Dr \_\_\_\_\_ Adresse : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Fax : \_\_\_\_\_ Portable : \_\_\_\_\_

Examens demandés :

Règlement :

Présence d'exams **HORS NOMENCLATURE** :  Oui  Non

Accord du patient :  Oui  Non

Si oui : Examen(s) concerné(s) :

Signature patient :

## Renseignements cliniques

Diabétique :  Oui  Non

Traitement hypocholestérolémiant :  Oui  Non

Traitement hormonal :  Oui  Non

Traitement coagulation :  Oui  Non

Si Oui lequel : \_\_\_\_\_ Posologie : \_\_\_\_\_

Chimiothérapie :  Oui  Non

Traitement Thyroïdien :  Oui  Non

Si Oui lequel : \_\_\_\_\_ Posologie : \_\_\_\_\_

Poids si créatinine : \_\_\_\_\_ Kg

Traitement antibiotique :  Oui  Non

Si Oui lequel : \_\_\_\_\_ Posologie : \_\_\_\_\_

Grossesses :  Oui  Non

Date des dernières règles : / /

Palu :  Oui  Non

Si Oui, dernier pays visité : \_\_\_\_\_ Fièvre :  Oui  Non Frisson :  Oui  Non

Pathologies connues :

## Prélèvement :

Prélèvement effectué le / / à \_\_\_\_\_ h \_\_\_\_\_ Nombre d'échantillons : \_\_\_\_\_

Conditions de prélèvement :  À jeun  Non à jeun

Observation (Perfusion...) :

## Transmission :

*A renseigner si la transmission est réalisée par une personne autre que celle qui a prélevé*

Nom : \_\_\_\_\_ Qualité :  Coursier  Autre : \_\_\_\_\_ Date / / Heure : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Conditions de transmission :  Normales  Réfrigérées  Congelées

## Réception au laboratoire :

Nom : \_\_\_\_\_ Date / / Heure : \_\_\_\_\_

Qualité :  Technicien  Secrétaire  Biologiste  Autre :

Conformité des échantillons à la réception :  Oui  Non Si Non : renseigner le motif et ouvrir une fiche de non-conformité

Motif : \_\_\_\_\_