

LABORATOIRE CANARELLI-COLONNA-FERNANDEZ

Fiche de suivi médical – DE-MU3-001-11

Etiquette

N° unique

- URGENT** (inscrire urgent sur un sparadrap collé sur la boîte de prélèvement)
 Nouveau prélèvement suite à une demande du laboratoire
 Envoi de la prescription au labo par MSS

PATIENT

Date de naissance : Sexe M Sexe F
Nom utilisé : Prénom utilisé :
Nom de naissance : N° SS + Centre :
1er prénom de naissance : N° Télétransmission (Mutuelle) :
Autres prénoms de naissance : N° AMC (Mutuelle) :
Lieu de naissance :
Identité Vérifiée OUI NON Justificatif : Passeport CNI Titre séjour Discordant avec info patient
En Systématique pour Groupes sanguins ou RAI Si Mineur Livret de famille Extrait de naissance
Adresse :
Tél : Email :
 Tuteur légal Nom / Prénom :
Date de naissance : Email :

RENDU DE RESULTATS

Par internet (www.laboccf.fr) Email patient indispensable DMP MSS citoyenne
Mon espace santé et MSSanté citoyenne automatiquement alimentés après qualification de l'identité. Nous contacter en cas d'opposition du patient.
Accord Rendu résultat : Infirmier(e) : au laboratoire ou par Internet SIGNATURE Patient
 Médecin traitant + Nom (si différent du prescripteur) :
Accord Analyse Hors Nomenclature (ex VIT D, autre à préciser) : SIGNATURE Patient

PRELEVEUR (si préleveur déjà conventionné, inutile de renseigner tel, mail et MSS)

Nom – Prénom : Tel : Email :
Date prélèvement : MSS :
Heure prélèvement :
Nombre Tubes prélevés :   Sec :  EDTA :  Citrate :  Fluoré : Autre Préciser :

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

Contexte de la demande :
 Non à jeun Poids (si Cockroft) : Taille (si créatinine pour mineur) : Grossesse DDR : ... / ... / ...
Si ROPHYLAC : Date injection. ... / ... / ...
Patient sous Anticoagulants : Non Oui, Préciser :
Si AVK, Cible INR : 2 à 3 3 à 4.5 Préciser le nom de l'AVK : Coumadine, Previscan, Sintrom...
Si autre anticoagulant, préciser Nom, Posologie : Date et heure de la dernière prise :
Autre médicament si prescrit sur le bilan sanguin : Nom, Posologie :
Date et heure de la dernière prise :
Traitement antibiotique : Non Date d'arrêt : Oui, préciser le Nom :
Urines 2^{ème} jet Sonde à demeure Sondage « minute » Date et heure du recueil : A VENIR

ZONE RESERVEE LABORATOIRE (en cas de panne de SIL) : TRACABILITE PRE-ANALYTIQUE

Heure de réception : Opérateur conformité : Conforme Non conforme

A découper et remettre au patient pour la récupération des résultats

La politique de confidentialité des données personnelles (RGPD) est consultable sur www.laboccf.fr.

COUPON DE RETRAIT DE RESULTATS
PRECISER NOM / PRENOM / DDN patient