

LABORATOIRE CANARELLI-COLONNA-FERNANDEZ

Fiche de suivi médical – DE-MU3-001-09

URGENT (inscrire urgent sur un sparadrap collé sur la boîte de prélèvement)

Coller étiquette N° unique

IDENTIFICATION DU PATIENT

Monsieur Madame Enfant M Enfant F

Nom usuel, prénom

Nom de naissance Assuré :

Date de naissance : N° SS :

Cas de Groupes sanguins ou RAI, prise d'identité à partir de : CNI Passeport Permis conduire Titre séjour

Adresse :

Tuteur légal (nom/prénom/date de naissance) :

Tél : Email :

Centre SS : Mutuelle :

Rendu de résultats : Postés Email Au laboratoire Infirmier(e) Médecin traitant Serveur laboratoire

Accord Rendu résultat Infirmier(e) SIGNATURE Patient ...

Médecin traitant / Nom (si différent du prescripteur) :

Accord Analyse Hors Nomenclature (ex VIT D) : SIGNATURE Patient ...

ZONE RESERVEE AU PRELEVEUR

Nom - Prénom du préleveur : Date / heure du prélèvement : / / à h ...

Nombres de tubes : Sec ... EDTA... Citrate... Fluoré... Autre (préciser).....

Prélèvements à venir : GPP ECBU Urines de 24 H Coproculture (Délai :jours)

Renseignements cliniques : Non à jeun Chimiothérapie

Grossesse (DDR : / /) Si Rophylac : Date injection. / / Si Yglobuline polyvalente : Date injection. / /

Patient sous Anticoagulants : Oui Non Si AVK Cible INR : 2 à 3 3 à 4.5

Si oui : Nom, Posologie : Date et heure de la dernière prise :

Autres médicaments : Nom, Posologie : Date et heure de la dernière prise :

Prise de Biotine à forte dose (ex traitement QIZENDAY) : Oui Non

PRELEVEMENT MICROBIOLOGIQUE

Date / heure du prélèvement : / / à h..... Conservation : T° réfrigérée T° ambiante

Antibiotiques en cours : Oui Non : si Non, renseigner la date éventuelle de l'arrêt du traitement : / /

Symptômes : Fièvre : Oui Non

Autres symptômes, préciser :

URINES 2° jet Sonde à demeure Sondage « minute »

AUTRES Selles Crachats Plaie : Site :

Hémocultures (T° du patient : °C) Préciser le site ponction (périphérique, PAC, KT)

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

COUPON DE RETRAIT DE RESULTATS
Coller étiquette N° unique
PRECISER NOM / PRENOM / DDN patient