SYNLAB BARLA Laboratoire de biologie médicale multi-sites

REF : SEL-PPI7E-330-V07 Formulaire FICHE DE PRÉLÉVEMENT

PATIENT À jeun : ☐ oui ☐ non

Nom : …… Prénom : …….. Date de naissance : …../……/…..
Nom de naissance : …… Sexe : M F Poids : ……. kg
Adresse : …….. …….. …….. ……..
…….. …….. …….. ……
…….. …….. ……..
Pour les groupes sanguins : document d'identité officiel : ☐oui n°du document : …… ☐non
Tél : …… E-mail : ……
Médecin prescripteur : …… ☐ urgence ☐ Ordo renouvelable déjà au labo
Résultats patient : ☐ Au labo ☐ Poste ☐ SMS pour résultats longs ☐ Serveur

Nom caisse **SECU** : …… Numéro : …….. Exonération : …… ☐ accident travail
Nom **Mutuelle** : …… Code AMC : …… Date péremption : ……

PRÉLÈVEMENT – Le préleveur est responsable de la gestion de ses déchets

Date du prélèvement : …../……/…… Heure du prélèvement : ……/…… Réalisé par : ……
Nombre et type de tubes prélevés : *Veuillez indiquer pour chaque sorte le nombre de tubes prélevés*

☐ Bouchon rouge **court** (sec gel) ☐ Bouchon jaune **court** (sec gel) ☐ Bouchon gris (fluorure)
☐ Bouchon rouge **long** (sec gel) ☐ Bouchon jaune **long** (sec gel) ☐ Urines CBU *(rens. cliniques obligatoires)*
☐ Bouchon violet (EDTA) ☐ Bouchon bleu (citrate) ☐ Autre précisez : ……

Renseignements cliniques : ☐ Fièvre, en °C : …… ☐ Diabète ☐ Grossesse, date début : …… ☐ Traitement ATB, lequel : ……
☐ Brulures mictionnelles ☐ Pollakiurie ☐ Sonde à demeure
Autre traitement (AVK, si RAI inj rhophylac, …) ou contexte clinique : …… …… Problème rencontré :……

Réservé au laboratoire
Réceptionné le …../……/…… *à ……/……* *Site : ……*
Par (initiales) : ……
Conformité de l'échantillon : ☐ *oui* ☐ *non* *NC déclarée :* ☐ *oui* ☐ *non*

PATIENT À jeun : ☐ oui ☐ non

Nom : …… Prénom : …….. Date de naissance : …../……/…..
Nom de naissance : …… Sexe : M F Poids : ……. kg
Adresse : …….. …….. …….. ……..
…….. …….. …….. ……
…….. …….. ……..
Pour les groupes sanguins : document d'identité officiel : ☐oui n°du document : …… ☐non
Tél : …… E-mail : ……
Médecin prescripteur : …… ☐ urgence ☐ Ordo renouvelable déjà au labo
Résultats patient : ☐ Au labo ☐ Poste ☐ SMS pour résultats longs ☐ Serveur

Nom caisse **SECU** : …… Numéro : …….. Exonération : …… ☐ accident travail
Nom **Mutuelle** : …… Code AMC : …… Date péremption : ……

PRÉLÈVEMENT – Le préleveur est responsable de la gestion des déchets

Date du prélèvement : …../……/…… Heure du prélèvement : ……/…… Réalisé par : ……
Nombre et type de tubes prélevés : *Veuillez indiquer pour chaque sorte le nombre de tubes prélevés*

☐ Bouchon rouge **court** (sec gel) ☐ Bouchon jaune **court** (sec gel) ☐ Bouchon gris (fluorure)
☐ Bouchon rouge **long** (sec gel) ☐ Bouchon jaune **long** (sec gel) ☐ Urines CBU *(rens. cliniques obligatoires)*
☐ Bouchon violet (EDTA) ☐ Bouchon bleu (citrate) ☐ Autre précisez : ……

Renseignements cliniques : ☐ Fièvre, en °C : …… ☐ Diabète ☐ Grossesse, date début : …… ☐ Traitement ATB, lequel : ……
☐ Brulures mictionnelles ☐ Pollakiurie ☐ Sonde à demeure
Autre traitement (AVK), si RAI inj rhophylac, …) ou contexte clinique : …… …… Problème rencontré :……

Réservé au laboratoire
Réceptionné le …../……/…… *à ……/……* *Site : ……*
Par (initiales) : ……
Conformité de l'échantillon : ☐ *oui* ☐ *non* *NC déclarée :* ☐ *oui* ☐ *non*

copie non gérée