

Formulaire - fiche de prélèvement

A jeun : oui non

Patient

Nom :	Prénom :
Nom de naissance :	Date de naissance :
Sexe :	Poids :
Adresse :	
Pour les groupes sanguins : document d'identité officiel : <input type="checkbox"/> oui n° du document <input type="checkbox"/> non	
Tél. :	e-mail :
Médecin prescripteur :	<input type="checkbox"/> urgence <input type="checkbox"/> Ordo renouvelable au labo
Résultats patient :	<input type="checkbox"/> Au labo <input type="checkbox"/> Poste <input type="checkbox"/> SMS pour résultats longs <input type="checkbox"/> Serveur

Réf : SEL-PP17E-330-V09

Nom caisse SECU : Numéro : Exonération : Accident du travail

Nom Mutuelle : Code AMC Date de péremption

Prélèvement

Le préleveur est responsable de la gestion de ses déchets

Date du prélèvement :	Heure du prélèvement	Réalisé par
<input type="checkbox"/> Bouchon rouge court (sec gel)	<input type="checkbox"/> Bouchon jaune court (sec gel)	<input type="checkbox"/> Bouchon gris (fluorure)
<input type="checkbox"/> Bouchon rouge long (sec gel)	<input type="checkbox"/> Bouchon jaune long (sec gel)	<input type="checkbox"/> Urines CBU (rens. cliniques obligatoires)
<input type="checkbox"/> Bouchon violet (EDTA)	<input type="checkbox"/> Bouchon bleu (citrate)	<input type="checkbox"/> Autres précisez :
Renseignements cliniques : <input type="checkbox"/> Fièvre en °C <input type="checkbox"/> Diabète <input type="checkbox"/> Grossesse, date début		<input type="checkbox"/> Traitement ATB lequel
<input type="checkbox"/> Brûlures mictionnelles <input type="checkbox"/> Pollakiurie <input type="checkbox"/> Sonde à dèmeure		
Autre traitement (AVK, si RAI ini rhophylac,...) ou contexte clinique		Problème rencontré

Réservé au laboratoire

Réceptionné le à
Conformité de l'échantillon : oui non

Site :

Par (initiales) :
NC déclarée : oui non

Formulaire - fiche de prélèvement

A jeun : oui non

Patient

Nom :	Prénom :
Nom de naissance :	Date de naissance :
Sexe :	Poids :
Adresse :	
Pour les groupes sanguins : document d'identité officiel : <input type="checkbox"/> oui n° du document <input type="checkbox"/> non	
Tél. :	e-mail :
Médecin prescripteur :	<input type="checkbox"/> urgence <input type="checkbox"/> Ordo renouvelable au labo
Résultats patient :	<input type="checkbox"/> Au labo <input type="checkbox"/> Poste <input type="checkbox"/> SMS pour résultats longs <input type="checkbox"/> Serveur

Réf : SEL-PP17E-330-V09

Nom caisse SECU : Numéro : Exonération : Accident du travail

Nom Mutuelle : Code AMC Date de péremption

Prélèvement

Le préleveur est responsable de la gestion de ses déchets

Date du prélèvement :	Heure du prélèvement	Réalisé par
<input type="checkbox"/> Bouchon rouge court (sec gel)	<input type="checkbox"/> Bouchon jaune court (sec gel)	<input type="checkbox"/> Bouchon gris (fluorure)
<input type="checkbox"/> Bouchon rouge long (sec gel)	<input type="checkbox"/> Bouchon jaune long (sec gel)	<input type="checkbox"/> Urines CBU (rens. cliniques obligatoires)
<input type="checkbox"/> Bouchon violet (EDTA)	<input type="checkbox"/> Bouchon bleu (citrate)	<input type="checkbox"/> Autres précisez :
Renseignements cliniques : <input type="checkbox"/> Fièvre en °C <input type="checkbox"/> Diabète <input type="checkbox"/> Grossesse, date début		<input type="checkbox"/> Traitement ATB lequel
<input type="checkbox"/> Brûlures mictionnelles <input type="checkbox"/> Pollakiurie <input type="checkbox"/> Sonde à dèmeure		
Autre traitement (AVK, si RAI ini rhophylac,...) ou contexte clinique		Problème rencontré

Réservé au laboratoire

Réceptionné le à
Conformité de l'échantillon : oui non

Site :

Par (initiales) :
NC déclarée : oui non