

FICHE DE PRELEVEMENT DE BIOLOGIE MEDICALE

(Utilisation rendue obligatoire par l'arrêté du 20 juin 2003)

1. IDENTIFICATION DU PATIENT

Nom de naissance : _____ Prénom : _____ Sexe : **M - F**

Nom marital : _____ Date de naissance : _____

Adresse : _____ Ville + CP : _____ Téléphone : _____

N° de sécurité sociale : _____ Centre de SS : _____

Nom de l'assuré (si différent) : _____ Nom de la mutuelle (ou code): _____

**Autorisation éventuelle : je donne subrogation à pour
venir retirer mes résultats au laboratoire en mon lieu et place.**

2 : RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

Statut physiologique des dames (grossesse, ménopause) avec DDR (ou DDG si grossesse) : _____

Si Groupe sanguin ou RAI demandés : Y a-t-il eu injection de Rophylac (gammaglob. anti D) ? : OUI – NON

Si oui, date de l'injection : _____ Poids du patient : _____

Heure de la dernière prise de nourriture : (Hier - Aujourd'hui) à _____

Signes cliniques : Asthénie (O-N), Fièvre (O-N), Perte de poids (O-N), Douleurs (O-N),
Autres : _____

ATCD : Diabète - HTA- Problèmes vasculaires - Cardiaques - Stents - Neurologiques - Obésité - Ganglions

Pathologie thyroïdienne - Leucémie - Chirurgie - Accidents vasculaires - Cancer et chimiothérapie

Stérilité - Troubles des règles – Problèmes cutanés –

Autres : _____

Traitements en cours : Raisons de la prescription: _____

Nom et Posologie (surtout si AVK) : _____

Heure de la dernière prise : (Hier - Aujourd'hui) à _____

Si CBU prescrite, motif ? (Bilan syst. après TRT) ou (Signes cliniques : brûlures, fièvre, douleurs, gêne)

3 : PRELEVEMENT

Préleveur (code préleveur enregistré au laboratoire ou nom, prénom, qualité) : _____

Heure du prélèvement (et date si prélèvement non fait le jour même) : _____

Lieu du prélèvement (seulement si différent du domicile du patient) : _____

Matériel de prélèvement utilisé (seulement si différent du système Vacutainer BD) : _____

Incidents de prélèvement (signaler le moindre problème survenu lors du prélèvement) : _____

Nombre d'échantillons prélevés pour transmission au laboratoire : _____ Nature : _____

4 : RECEPTION

Code opérateur (qui réceptionne et contrôle au labo) : _____

Heure de la réception (et date si prélèvement non fait le jour même) _____

Nombre et Nature des échantillons : _____

Concordance des échantillons et documents transmis et reçus : OUI – NON

Respect du délai de transmission : OUI – NON

Respect de la température de transmission : OUI – NON

Conformité de l'étiquetage des prélèvements : OUI – NON

Intégrité de l'emballage : OUI – NON

Conformité des échantillons à la réception : OUI – NON

Autres remarques du labo sur l'échantillon transmis : _____

Envoi des résultats au patient par la poste : OUI – NON