

Document à conserver et à remettre à votre infirmier(e) lors de votre prochain prélèvement
Avenue Noël Franchini - 20090 AJACCIO - 04.95.23.65.50

Laboratoire CANDIA-MADONUCCIA
Fiche de suivi médical - DE-MU3-004-07

URGENT (Inscrire "URGENT" sur un sparadrap collé sur la boîte de prélèvement)
 Nouveau prélèvement suite demande laboratoire Envoi prescription au labo / MSS

Signaler si la prescription est envoyée par MSS

Indiquer si ce prélèvement est :
- URGENT et/ou
- NOUVEAU suite à une demande du laboratoire

Renseignements préremplis par le laboratoire. Les vérifier avec le patient NOTAMMENT l'identité (= IDENTITO VIGILANCE) et apporter les modifications éventuelles

Utiliser la bande d'étiquettes à numéro unique pour identifier le prélèvement, ordonnance, coupon de retrait et la fiche si les étiquettes autocollantes pré-identifiées en bas de page ne sont pas utilisables

IDENTIFICATION DU PATIENT		NSS :	Coller étiquette N° Unique
Sexe : M		Centre SS :	
Date naissance : 28-06-1977		Mutuelle :	
Nom et prénom utilisés : ESSAI Fsm		Num. INS : Indisponible	Identité vérifiée <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Systématique pour Groupes sanguins ou RAI _____ Justificatif : <input type="checkbox"/> Passeport <input type="checkbox"/> CNI <input type="checkbox"/> Titre de séjour <input type="checkbox"/> DISCORDANT Si mineur : <input type="checkbox"/> Livret de famille Ou <input type="checkbox"/> Extrait de naissance
Nom naissance : ESSAI		Lieu naissance : Ajaccio	
1er Prénom naissance : Fsm		Adresse : Avenue Noel franchini 20090 AJACCIO	
Autres Prénoms naissance : Perso		Email : c.secretariat@selarlocf.com	
		Tel portable :	
		Tél : 04.95.23.65.50	

Vérifier l'identité lors du 1^{er} contact avec le patient et systématiquement en cas de demande de Groupes ou RAI (Exigence règlementaire) Signaler si Discordance entre justificatif d'identité et dires du patient

Renseigner le mode de transmission des résultats, choisi par le patient pour cette demande d'analyses

Tuteur légal Nom / Prénom :
Date de naissance : Email :

Important : Si les renseignements ci-dessus sont erronés ou incomplets, veuillez les modifier

RENDU DE RESULTATS

Par internet (www.laboccf.fr) Email patient indispensable DMP MSS citoyenne
Mon espace santé et MSSanté citoyenne sont 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.....

Renseigner votre identité, et Tel + mail + MSS si vous êtes Remplaçant + Date ET heure de prélèvement

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

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

Faire signer le patient si souhait de rendu du résultat à Infirmier(ère) ou au médecin traitant ET si analyse hors nomenclature

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

Contexte de la demande :

Non à jeun Poids (si Cockcroft) : 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 / heure dernière prise : ..

Traitement antibiotique : Non Date d'arrêt : Oui, préciser le Nom :

Urines 2ème jet Sonde à demeure Sondage « minute » Date et heure du recueil : A VENIR

Indiquer les renseignements cliniques, traitement(s) médicamenteux...

ZONE RESERVEE AU LABORATOIRE (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

Utiliser ces étiquettes autocollantes pour identifier les prélèvements et l'ordonnance du patient

Coupon à laisser au patient pour utilisation lors du retrait du résultat au laboratoire

N°Patient



N°(s) ESSAI FSM ESSAI	28-06-1977	N°(s) ESSAI FSM ESSAI	28-06-1977	N°(s) ESSAI FSM ESSAI	28-06-1977	N°(s) ESSAI FSM ESSAI	28-06-1977
Etiquette labo à coller sur les pointillés							
N°(s) ESSAI FSM ESSAI	28-06-1977	N°(s) ESSAI FSM ESSAI	28-06-1977	N°(s) ESSAI FSM ESSAI	28-06-1977	N°(s) ESSAI FSM ESSAI	28-06-1977
Etiquette labo à coller sur les pointillés							

IMPORTANT : Les étiquettes ne doivent être utilisées que pour ce patient. Ne pas découper ni conserver les étiquettes non utilisées

Dans ce cas, sur le « Coupon de retrait de résultats », préciser le Nom Prénom et date de naissance

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

En l'absence de « Fiche de suivi médical personnalisée » (présentée ci-dessus), utiliser la « Fiche de suivi médical » DE-MU3-001 et la bande d'étiquettes d'identification à numéro unique.