

**LABORATOIRE CANARELLI-COLONNA-FERNANDEZ**

**Fiche de suivi médical – DE-MU3-001-11**

Etiquette N° unique
------------------------

- URGENT** (inscrire urgent sur un sparadrap collé sur la boite de prélèvement)
- Nouveau prélèvement suite à une demande du laboratoire
- Envoi de la prescription au labo par MSS

**PATIENT**

**Date de naissance :** .....  **Sexe M**  **Sexe F**  
**Nom utilisé :** ..... **Prénom utilisé :** .....  
**Nom de naissance :** ..... **N° SS + Centre :** .....  
**1er prénom de naissance :** ..... **N° Télétransmission (Mutuelle) :** .....  
**Autres prénoms de naissance :** ..... **N° AMC (Mutuelle) :** .....  
**Lieu de naissance :** .....  
**Identité Vérifiée**  OUI  NON **Justificatif :**  Passeport  CNI  Titre séjour  Discordant avec info patient  
*En Systématique pour Groupes sanguins ou RAI* **Si Mineur**  Livret de famille  Extrait de naissance  
**Adresse :** .....  
**Tél :** ..... **Email :** .....  
 Tuteur légal **Nom / Prénom :** .....  
**Date de naissance :** ..... **Email :** .....

**RENDU DE RESULTATS**

Par internet ([www.laboccf.fr](http://www.laboccf.fr)) Email patient indispensable  DMP  MSS citoyenne  
*Mon espace santé et MSSanté citoyenne 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** .....

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

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

**RENSEIGNEMENTS CLINIQUES**

**Contexte de la demande :** .....  
 Non à jeun  Poids (si Cockroft) : .....  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 et heure de la dernière prise :** .....  
**Traitement antibiotique :**  Non  Date d'arrêt : .....  Oui, préciser le Nom : .....  
**Urines**  2<sup>ème</sup> jet  Sonde à demeure  Sondage « minute » **Date et heure du recueil :** .....  A VENIR

**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*

La politique de confidentialité des données personnelles (RGPD) est consultable sur [www.laboccf.fr](http://www.laboccf.fr).



**COUPON DE RETRAIT DE RESULTATS**  
**PRECISER NOM / PRENOM / DDN patient**  
 .....  
 .....