

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

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

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

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

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

Dans ce cas, sur le « **Coupon de retrait de résultats** », coller une étiquette à N° Unique et préciser le Nom Prénom et date de naissance

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-MU3-004-06

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

IDENTIFICATION DU PATIENT		Coller étiquette N° Unique	
Sexe : M	NSS :	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	
Date naissance : 28-06-1977	Centre SS : Mutuelle :		
Nom naissance : ESSAI	Num. INS : Indisponible		
1er Prénom naissance : Fsm	Lieu naissance : Ajaccio		
Autres Prénoms naissance : Perso	Email : c.secretariat@selarlocf.com		
Nom et prénom utilisés : ESSAI Fsm	Tel portable :		
Adresse : Avenue Noel franchini 20090 AJACCIO	Tél : 04.95.23.65.50		
<i>Important : Si les renseignements ci-dessus sont erronés ou incomplets, veuillez les modifier</i>			
RENDU DE RESULTATS			
<input type="checkbox"/> Par internet (www.laboccf.fr) Email patient indispensable <input type="checkbox"/> DMP <input type="checkbox"/> MSS citoyenne <input type="checkbox"/> Posté <i>Mon espace santé et MSSanté citoyenne sont automatiquement alimentés après qualification de l'identité. Nous contacter en cas d'opposition du patient.</i>			
<input type="checkbox"/> Rendu au Tuteur légal Nom / Prénom : Date de naissance : Email : Accord Rendu résultat : <input type="checkbox"/> Infirmier(e) : au laboratoire <input type="checkbox"/> ou par Internet <input type="checkbox"/> SIGNATURE Patient..... <input type="checkbox"/> 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 : Heure prélèvement : MSS : Nombre Tubes prélevés : Sec : EDTA : Citrate : Fluoré : Autre Préciser :			
RENSEIGNEMENTS CLINIQUES			
Contexte de la demande :			
<input type="checkbox"/> Non à jeun <input type="checkbox"/> Poids : Grossesse (DDR :/...../.....) Si ROPHYLAC : Date injection. / / Patient sous Anticoagulants : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, Préciser : Si AVK , Cible INR : <input type="checkbox"/> 2 à 3 <input type="checkbox"/> 3 à 4.5 Préciser le nom de l'AVK : Coudamine, 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 : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Date d'arrêt : <input type="checkbox"/> Oui, préciser le Nom : Urines <input type="checkbox"/> 2ème jet <input type="checkbox"/> Sonde à demeure <input type="checkbox"/> Sondage « minute »			
ZONE RESERVEE AU LABORATOIRE (cas de panne de SIL) : TRACABILITE PRE-ANALYTIQUE			
Heure de réception : Opérateur conformité : <input type="checkbox"/> Conforme <input type="checkbox"/> Non conforme A découper et remettre au patient pour la récupération des résultats			

Signaler si la prescription est envoyée par MSS

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


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

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

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

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

N°Patient



N(n) ESSAI FSM ESSAI	28-06-1977	N(n) ESSAI FSM ESSAI	28-06-1977	N(n) ESSAI FSM ESSAI	28-06-1977	N(n) ESSAI FSM ESSAI	28-06-1977
Etiquette labo à coller sur les pointilles		Etiquette labo à coller sur les pointilles		Etiquette labo à coller sur les pointilles		Etiquette labo à coller sur les pointilles	
N(n) ESSAI FSM ESSAI	28-06-1977	N(n) ESSAI FSM ESSAI	28-06-1977	N(n) ESSAI FSM ESSAI	28-06-1977	N(n) ESSAI FSM ESSAI	28-06-1977
Etiquette labo à coller sur les pointilles		Etiquette labo à coller sur les pointilles		Etiquette labo à coller sur les pointilles		Etiquette labo à coller sur les pointilles	

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.