

LABORATOIRE CANARELLI-COLONNA-FERNANDEZ

Fiche de suivi médical – DE-MU3-001-10

Etiquette

N° unique

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

PATIENT

Sexe M Sexe F
N° SS + Centre :
Date de naissance : N° Télétransmission (Mutuelle) :
Nom de naissance : N° AMC (Mutuelle) :
1er prénom de naissance : ALD : Oui Non / CMU : Oui Non
Autres prénoms naissance : Lieu de naissance :
Nom utilisé : Prénom utilisé :
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 :

RENDU DE RESULTATS

Par internet (www.laboccf.fr) Email patient indispensable DMP MSS citoyenne Posté
Mon espace santé et MSSanté citoyenne automatiquement alimentés après qualification de l'identité. Nous contacter en cas d'opposition du patient.
 Rendu au Tuteur légal Nom / Prénom :
Date de naissance : Email :
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 : 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^{ème} jet Sonde à demeure Sondage « minute »

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



COUPON DE RETRAIT DE RESULTATS
Coller étiquette N° unique
PRÉCISER NOM / PRÉNOM / DDN patient
.....

