

Cher confrère,

Vous effectuez des prélèvements pour le laboratoire

Afin d'obtenir une bonne qualité des échantillons, et une interprétation pertinente des résultats :

- **merci de vérifier régulièrement les dates de péremption des tubes**
- **De respecter les procédures de prélèvement (tableau 1)**
- **d'adresser les patients au laboratoire dans les plus brefs délais**
- **d'identifier les échantillons (nom prénom)**
- **de joindre la fiche de suivi médical avec les renseignements cliniques pertinents pour l'interprétation des résultats**

Tableau 1 : Procédures de prélèvements

SITE DE PRELEVEMENT	FICHE DE RENSEIGNEMENT	REMARQUES	MATERIEL A UTILISER	DELAI ET T° DE CONSERVATION
Prélèvement de liquide de ponction, liquide articulaire, liquide pleural	Renseigner si traitement ATB en cours, douleurs, signes inflammatoires etc.	Adresser les patients rapidement au laboratoire Identifier les échantillons Remplir la fiche de transmission	- prélever 1 Tube sec (bactériologie) ou 1 seringue rebouchée hermétiquement,  ou et 1 Tube héparine pour la cytologie et la chimie des ponctions 	Conservation à température ambiante (15°C – 25°C) 18 heures

« Je m'engage à respecter les procédures pré-analytiques du laboratoire en réalisant moi-même les prélèvements à mes patients »

Dr.....

Date :...../...../.....

Signature :

Fiche de Suivi médical

Il est obligatoire de préciser la date et l'heure du prélèvement, l'identité du préleveur et du patient.

IDENTIFICATION DU PATIENT

Nom et prénom :

Adresse :

Sexe : Nom de jeune fille : Tel :

Date naissance :

N°SS : Centre : Prise en charge : ☐ 100% ☐ Tiers payant

PRELEVEMENT

Prélèvement effectué le àh..... Par (initiales) :

Nature : ☐ sang ☐ urines ☐ autres : Nombre d'échantillons :

Conditions de prélèvements : ☐ à jeun ☐ non à jeun ☐ Autres :

Traitement : Posologie :

Heure de la dernière prise du médicament :

DDR si dosage hormonal : Poids si créatinine :Kg

Lieu de naissance si groupe sanguin :

Renseignements cliniques particuliers :

Rendu des résultats

- | | | | |
|--------------------------------|---|--------------|---|
| - Résultats urgents : | ☐ oui ☐ non | - A tél : | ☐ médecin ☐ patient |
| - Photocopie ordo. : | ☐ oui ☐ non | - A poster : | ☐ médecin ☐ patient |
| - A garder au labo : | ☐ oui ☐ non | - A faxer : | ☐ médecin ☐ patient |
| - A récupérer par infirmière : | ☐ oui ☐ non | | |

1. Réception secrétariat

Initiales : Date :

Heure :

2. Réception technique

Initiales :

Echantillon(s) conforme(s) : ☐ oui ☐ non

Réf : MU-C2-ENR-002