

POLE BIOLOGIQUE DE L'OUEST	Fiche de transmission prélèvements à l'extérieur	Ref : MU-C2-ENR-002-05 Version : 05 Applicable le : 19-03-2013
---	---	--

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 (fièvre, douleurs, diagnostic particulier) :
.....

Rendu des résultats

- | | |
|--|--|
| - Résultats urgents : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | - A tél : <input type="checkbox"/> médecin <input type="checkbox"/> patient |
| - Photocopie ordo. : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | - A poster : <input type="checkbox"/> médecin <input type="checkbox"/> patient |
| - A garder au labo : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | - A faxer : <input type="checkbox"/> médecin <input type="checkbox"/> patient |
| - A récupérer par infirmière : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | |

1. Réception secrétariat

Initiales : Date:

Heure :

Remarques administratives :
.....
.....

2. Réception technique

Initiales :

Echantillon(s) conforme(s) : oui non

P
R
E
L
E
V
E
M
E
N
T

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 (fièvre, douleurs, diagnostic particulier) :
.....

Rendu des résultats

- | | | | |
|--------------------------------|---|--------------|---|
| - Résultats urgents : | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | - A tél : | <input type="checkbox"/> médecin <input type="checkbox"/> patient |
| - Photocopie ordo. : | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | - A poster : | <input type="checkbox"/> médecin <input type="checkbox"/> patient |
| - A garder au labo : | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | - A faxer : | <input type="checkbox"/> médecin <input type="checkbox"/> patient |
| - A récupérer par infirmière : | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | | |

1. Réception secrétariat

Initiales : Date :

Heure :

Remarques administratives :
.....
.....

2. Réception technique

Initiales :

Echantillon(s) conforme(s) : oui non