MU - C2 - ENR 003 Version 07
Formulaire
Fiche de prélèvement

IDENTIFICATION DU PATIENT *(à remplir par le préleveur)*

Nom et prénom usuel : .....

Autre(s) prénom(s) : .....

Nom de naissance : .....

} **Obligatoire pour Groupes sanguins et RAI**

Date de naissance : ...../...../..... Sexe : □ H □ F

Adresse : .....
.....

Téléphone : ..... N° de sécurité sociale : I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I

Mail : ..... Nom de la mutuelle : .....

PRESCRIPTEUR ET CARACTERISTIQUE DE LA PRESCRIPTION (cf ordonnance)

Si absence de prescription **Nom du médecin traitant**.....

PRELEVEMENT *(à remplir par le préleveur)*

Nom du préleveur : ..... □ **Prélèvement** □ **MAU** □ **A domicile** **Kms :**

Prélèvement effectué le..... à .....h..... **Nombre d'échantillons :.....…** □ **Urgent**

Site de prélèvement : □ pli du coude □ autres : .....

Nature : □ sang □ urines □ autres : .....

Conditions de prélèvement : □ A jeun □ Non à jeun □ Problèmes lors du prélèvement
□ Sans garrot

Renseignements cliniques:

- **Si AVK :** □ Préviscan □ Coumadine □ Sintrom Cible pour INR: .....
- **Autre médicament à doser :** .....Date et heure de la dernière prise:
- **Suivi de plaquettes :** Traitement: .....
- **Bilan hormonal ou test de grossesse :** DDR : ...../...../.....
- **Bilan thyroïdien :** Traitement : □ oui □ non
- **Bilan lipidique :** Traitement : □ oui □ non
- **Groupe sanguin :** Transfusion < 4 mois : □ oui □ non
- **RAI :** Transfusion < 4 mois : □ oui □ non
  Injection anti D □ oui □ non si oui date de l'injection:...../...../.....
- **Hépatite B:** Vaccination : □ oui □ non
- **Rubéole , Toxoplasmose :** Grossesse : □ oui □ non DDG: ...../...../.....

Transmission des résultats souhaitée : □ A faxer □ A poster □ Par internet
□ Au labo □ Au préleveur □ A la pharmacie

TRANSMISSION *(réservé au labo)*

Conditions de transmission : □ Température ambiante □ Réfrigéré (4°C) □ Congelé
Identification de l'expéditeur : Nom et adresse : .....
.....
Identification du destinataire : Nom et adresse : .....
.....

RECEPTION AU LABORATOIRE *(réservé au labo)*

Nom : .....Heure : ..... **Conformité des échantillons à la réception :** □ oui □ non