C2 - ENR 06 Version 06

Fiche de transmission de prélèvements

PATIENT

Nom d'usage : _____ Nom de naissance : _____ Prénom : _____

Sexe : ☐ M ☐ F Date de naissance : _____ / _____ /_____ Adresse : _____

Téléphone portable (*obligatoire pour les consultants externes souhaitant les résultats par internet*) : _____

Renseignements cliniques : _____

Traitement(s) en cours : _____ Posologie(s) : _____

Anticoagulant : ☐ Coumadine® ☐ Previscan® ☐ Sintrom® ☐ Mini-Sintrom® Posologie : _____
☐ Eliquis® ☐ Pradaxa® ☐ Xarelto® ☐ Arrêt le : _____

☐ HBPM : _____ ☐ Calciparine® Posologie : _____ Dernière prise : _____ / _____ /_____ à _____ h _____

Médicament à doser : _____ Posologie : _____ Dernière prise : _____ / _____ /_____ à _____ h _____

PRESCRIPTEUR

Nom du prescripteur : _____ Date de la Prescription : _____ / _____ /_____

Joindre la prescription ou préciser les examens à réaliser : _____

PRELEVEMENT

Nom du préleveur : _____ Téléphone : _____

Date du prélèvement : _____ / _____ /_____ à _____ h _____ Nombre d'échantillons : _____

Site de prélèvement : ☐ pli du coude ☐ autre(s) : _____ Nature : ☐ sang ☐ urines ☐ autre(s) : _____

Conditions de prélèvement : ☐ à jeun ☐ non à jeun Commentaires : _____

RESULTATS *(concerne les consultants externes uniquement)*

☐ **URGENT**

☐ **retrait au laboratoire** ☐ **envoi postal** ☐ **par internet** *(renseigner le téléphone portable ; le patient est averti par SMS lorsque ses résultats sont disponibles. Il se rend alors sur le site www.mesanalyses.fr où il peut récupérer son compte-rendu à l'aide de l'identifiant reçu par SMS et du mot de passe qui est sa date de naissance au format AAAAMMJJ).*

LABORATOIRE

Nom de la personne qui réceptionne : _____ Date : _____ / _____ /_____ à _____ h _____

Nombre d'échantillons : _____

Nature : ☐ sang ☐ urines ☐ autre(s) : _____

Conformité des échantillons à la réception : ☐ oui
☐ non, motif : _____

Le préleveur certifie avoir vérifié l'identité du patient. Pour toute question, vous pouvez consulter notre manuel de prélèvement sur internet (https://ch-mende.manuelprelevement.fr), ou nous contacter par téléphone au 04 66 49 47 67.
Tous les échantillons doivent porter le nom, prénom, et date de naissance du patient. Merci de compléter cette fiche de transmission dans son intégralité.
En cas de demande de groupe sanguin, RAI, Examen direct à l'antiglobuline, tournez la page SVP.

Demande de Groupe sanguin, RAI, Examen direct à l'antiglobuline

PATIENT

Nom usuel : ..... Sexe : ☐ F ☐ M

Nom de naissance (obligatoire) : ..... Né(e) le : ...../...../.....

Prénom : .....

Identité contrôlée avec un document officiel d'identité : ☐ OUI ☐ NON

PRELEVEUR

Préleveur (Nom, Prénom) : ..... Signature : .....

Qualité : ..... Service : .....

Prélèvement fait le : ...../...../..... **à** .....h..... Nombre de tubes EDTA prélevé(s) : .....

ANALYSES DEMANDEES

GROUPE SANGUIN	☐ 1ère détermination ☐ 2ème détermination
ANTICORPS ANTI-ERYTHROCYTAIRES (agglutinines irrégulières)	☐ Dépistage (RAI) ☐ Identification ☐ Titrage d'anticorps
EXAMEN DIRECT A L'ANTIGLOBULINE	☐

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

☐ Bilan Pré-Op ☐ Date de l'intervention : ...../...../.....

☐ Transfusion programmée

☐ ATCD de transfusion de moins de 4 mois, le ...../...../.....

☐ ATCD de RAI positive □ Anémie □ Ictère

☐ Grossesse Date de début : ...../...../..... Grossesse n° : .....

ou Date des dernières règles : ...../...../.....

☐ Injection de Rophylac® le ...../...../..... Dose : .....

☐ ATCD fausse couche

☐ Injection d'immunoglobulines polyvalentes le ...../...../.....