

LABORATOIRE DE BIOLOGIE

FICHE DE TRANSMISSION DES ECHANTILLONS

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

Avant tout prélèvement, veuillez vérifier les conditions de prélèvement et de transport sur « Guide des prélèvements biologiques » sur intranet ou <https://www.ch-niort.fr/PROFESSIONNELS>

NOM : Nom de naissance :
Prénom : Adresse* :
Date de naissance* : .../.../.....
Sexe : M F Tel portable * : Mail* :

Etiquette dossier Scan_1

Résultats : A poster Par mail Au laboratoire A téléphoner A faxer *A renseigner uniquement la 1^{ère} fois

Prélèvement (à remplir par le préleveur)

Date : Heure :

NC :
Réservé labo

Effectué par :

IDE libérale : Nombre de tubes prélevés :
 IDE / Service : Dr/interne : SF : TDL.....

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES OBLIGATOIRES à recueillir :

1°) au moment de l'accueil du patient par la secrétaire (prélèvement effectué au laboratoire)
et/ou 2°) par le préleveur **au moment du prélèvement**

Grossesse := SA ou DDR Chimio en cours ou récente Immunodépression
 Hémopathie connue Traitement par corticoïdes Allergie aux bêta-lactamines (pénicillines)

→ Pour le dosage de médicaments (hors anticoagulants) :

Suivi thérapeutique : NON OUI : Préciser :
Posologie : Hier àh..... Ce matin àh.....

→ Pour les examens d'hémostase : Bilan pré-opératoire **Si oui, date prévue** de l'intervention ?.....

Patient sous traitement anticoagulant ? OUI NON **Si oui, lequel ?**
 AVK : Arrêt récent AVK (moins de 3 jours) ? : le.../.../...
 ARIXTRA PRADAXA
 XARELTO ELIQUIS HBPM (H dernière injection HBPM :.....)

→ Pour les examens d'hormonologie :

HCG : DDR **OBLIGATOIRE** Autres renseignements cliniques (post IVG,...) ?.....
Bilan thyroïdien, traitement := L-thyroxine Néomérazole Autre..... Posologie :
 Aucun traitement
 Nom du test :
 Tension artérielle **pre** examen :per examen : **post** examen :

→ Pour les examens de Biochimie :

Patient à jeun (=12h de jeûne pour le bilan lipidique, 8h pour la glycémie) OUI NON
 Test HGPO / Glycémie capillaire à T0 :
 Cockcroft / Poids :Kg

→ Prélèvements à visée microbiologique :

Diagnostic d'une infection Contrôle après-traitement Prélèvement à titre systématique
 Antibiotique/antifongique/antiviral en cours ou d'arrêt récent (< 3 j) :
 Voyage : si oui préciser ou et dates :
 Fièvre :°C
 Type de prélèvement : Localisation :
 ECBU : Mode de recueil : Mi jet SAD Autres :
 Signes fonctionnels urinaires

→ Examens d'immunohématologie : Compléter la fiche de renseignement spécifique des groupes sanguins.

→ Génétique : Consentement éclairé du patient, attestation de consultation fournie : OUI NON

Autre(s) traitement(s) médicamenteux :

Régime alimentaire :