



Client partenaire :
Si besoin

FICHE DE PRELEVEMENT EXTERIEUR

Identification du patient

Remplir les champs suivants ou coller l'étiquette patient

Nom de Naissance : Nom d'usage :
Prénom : Sexe : Date de Naissance :
Adresse :
Téléphone : Si besoin N° SS & Mutuelle :

Prescription

Ci-joint Au Laboratoire En attente Mail Nb de prescription :
 Sans Ordonnance - Cf Consentement

Acte de prélèvement

Prélèvement réalisé le/...../..... àh..... Par :
 Sang - Nombre de tubes prélevés : Urines Selles Autres
Examen en attente : Urines Selles Autres
Patient perfusé Oui Non

J'atteste avoir effectué les prélèvements conformément au Manuel de prélèvement du laboratoire

Renseignements cliniques

! Pour tout prélèvement de microbiologie, joindre la fiche de préconisation dédiée.

Hémostase (TP et autres)
Anticoagulant : Oui Non
 Sintrom Previscan Coumadine Pradaxa Xarelto Apixaban Autre :Posologie:
Zone attendue INR :
Si Anti X A : Traitement : Heure de dernière prise :
 Demande de groupe sanguin/ RAI Heure 1^{er} Déter :h..... 2eme Déter :h.....
Contexte : Bilan pré op Grossesse Chimio Autre :

Avez-vous eu :	
Injection Rophylac :	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, date :
Transfusion :	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, date :
Greffe de Moelle	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui

Bilan du 3eme T de grossesse, Nom de la maternité :

Dosage de médicament

Hormonologie

Nom :	Contexte : (PMA, date transfert embryon, FC, IVG, grossesse extra utérine)
Posologie :	Traitement (ex Roaccutane®) :
Heure de la dernière prise :h.....	Date des dernières règles : (1 ^{er} jour)...../...../.....

Rendu des résultats

Urgent

Patient : A poster Au laboratoire Serveur de résultat
 Ex patient Ex patient & Médecin
Médecin prescripteur : A transmettre (F/W) A poster
Autre Médecin : A transmettre (F/W) A poster

Commentaire de l'IDE

Remarques : (
Prélèvement difficile, sans garrot, à jeun, particularité de prise en charge....)

Heure de dépôt au Labo :h.....

RDV à reporter :

...../...../.....

Réception en technique

Partie réservée au laboratoire

Reçu le/...../..... àh..... Par :
Revue de contrat : par
Conformité échantillon : Oui Non : NC n°
Tubes en trop : Non Oui - type et nombre :