

ENREGISTREMENT	C2 ENR 03
FICHE DE TRANSMISSION DE PRELEVEMENT	VERSION-4

URGENCE

PATIENT (si connu du LBM ne renseigner que les Noms, Prénom et date de naissance)

Nom : **Nom de jeune fille** :
Prénom : **DDN** :
 Adresse / Etablissement : **Chambre** :
Tel : **Mail** : **Serveur** : OUI NON
 Commentaire (code portail, etc...) :

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS FACULTATIFS

N° SS° : **Organisme** : **Exonération** :
Mutuelle – AMC / code préfectoral : **Période de validité** :

PRESCRIPTION (en cas d'absence d'ordonnance)

Médecin prescripteur ou à contacter :
Examens demandés : **Signature Patient souhaitable**
(demande sans ordonnance)

PRELEVEMENT

<input type="checkbox"/> Sang Date : Heure : Nb de tubes : Préleveur :	<input type="checkbox"/> Urines Date : Heure : <input type="checkbox"/> Milieu de miction <input type="checkbox"/> Sondage aller-retour <input type="checkbox"/> Sonde à demeure <input type="checkbox"/> Collecteur <input type="checkbox"/> Urines de 24 h → Diurèse :	<input type="checkbox"/> Autres Date : Heure : <input type="checkbox"/> Selles <input type="checkbox"/> Ecouvillon(s) <input type="checkbox"/>
---	--	--

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

Poids (en cas de demande de Cockroft) :
A jeun :

RENDU DES RESULTATS

A faxer : **A poster** (vérif. adresse)
 A Téléphoner : **E-mail** :
 Le patient autorise l'IDE à récupérer ses résultats (signature souhaitable)

RECEPTION

Réservé au laboratoire

Nom : **Date** : **Heure** :
Conformité des échantillons à la réception : Oui Non
Commentaire :

Double contrôle de la saisie

Nom : **Signature** :

En cas d'utilisation en procédure dégradée, joindre obligatoirement l'ordonnance