



Fiche de suivi médical

MU-ENR-PVT-001-13

URGENT ☐

Motif :

Demande d'étiquettes d'identification :

identification Patient ☐

Identification Préleveur ☐

RENSEIGNEMENTS PATIENT

Pour confirmation identité patient et/ou si prélèvement d'un groupage sanguin/RAI, veuillez effectuer svp :

(à cocher) ☐ **Vérification identité du patient grâce à un document d'identité officiel avec photo**

Carte d'identité, passeport, titre de séjour

(Coller ci-dessous l'étiquette d'identification « patient », si présente au domicile.) **(INS)** = critères majeurs à noter obligatoirement.

Date de naissance (INS) :/...../..... **Lieu de naissance (INS)** :

Nom de naissance (INS) : **Prénom (INS)** :

Nom d'usage : **Sexe (INS)** : F ☐ M ☐

Adresse :

CP : Ville : Téléphone :

Transmission des résultats : Serveur de résultats ☐ Au laboratoire ☐

Email (pour accès au serveur de résultats) :@.....

Cocher cette case ☐ en cas d'OPPOSITION du patient à la communication des résultats au préleveur

N°SS (ou NIR) :

Caisse RO.....Mutuelle

RENSEIGNEMENTS PRESCRIPTION

Ordonnance : ☐ Jointe ☐ Renouvelable, date prescription : ☐ A suivre

Envoi des résultats au médecin traitant : oui ☐ non ☐

Nom (et coordonnées) du médecin traitant :

RENSEIGNEMENTS PRELEVEMENTS : SUR TOUS LES ECHANTILLONS ECRIRE : NOM, PRENOM et DATE DE NAISSANCE

Identité du préleveur (Obligatoire) :

Prélèvement : Date : **Heure** : h..... (Obligatoire)

PATIENT A JEUN : ☐ oui ☐ non / Remarques (prélèvement difficile...) :

Nombre de tubes B.....J.....Vi.....G..... Flacons urines : Bidon U24H..... Autre :

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Si dosage de Créatinine, Poids : Kg

Si dosage hormonal, date des dernières règles :

TRAITEMENT(S) : **Anticoagulant** ☐ (indiquer obligatoirement nom et posologie si examens d'hémostase TP, TCA, Activité anti Xa)

Hormonal ☐ Thyroïdiens ☐ Prise de Biotine ☐ AUTRES MEDICAMENTS ☐ :

Nom du médicament..... Posologie :

Date et heure de la dernière prise (ou d'injection) :

AUTRES RENSEIGNEMENTS :

RENSEIGNEMENTS GROUPAGE SANGUIN & RAI

Vérifier identité du patient grâce à un document d'identité officiel avec photo (cocher en haut de la fiche)

Une double détermination peut être réalisée et ne sera prise en charge par l'assurance maladie qu'en cas de **contexte transfusionnel avéré** et avec un second échantillon issu d'un deuxième prélèvement.

Contexte de la demande : Bilan préopératoire ☐ Grossesse ☐ date de début :

Hémorragie – Anémie ☐ Autre ☐

Transfusion sanguine durant ces 4 derniers mois ? ☐ oui ☐ Non (date transfusion) :

Si grossesse : Injection Rophylac® ? ☐ Oui ☐ Non. **Si oui**, date injection :