

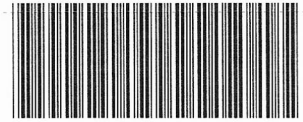


Visa du patient donnant son accord pour recevoir des inforations du laboratoire par SMS et pour la mise en ligne de ses résultats sur le serveur sécurisé du laboratoire
Le Signature

FICHE AVEC ETIQUETTES POUR L'INFIRMIER(E) (document à remettre à votre infirmier(e) lors de votre prochain prélèvement)

Volet d'identification

Patient :
Né(e) :
DDN :
Sexe :
Adresse 1 :
Adresse 2 :
CP/Ville :
Tél : Port:
Mail :



O Vérification des informations

| | |
|---|--|
| N°sécurité sociale : | Caisse : |
| <input type="checkbox"/> ALD <input type="checkbox"/> Invalidité <input type="checkbox"/> CMU <input type="checkbox"/> Maternité, date de grossesse : | Si AT, date: |
| Mutuelle : | n° préfectoral : n°Adhérent : |
| Ordonnance: <input type="checkbox"/> jointe <input type="checkbox"/> à venir <input type="checkbox"/> au labo | Urgent: <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> à faxer <input type="checkbox"/> à téléphoner |
| Date ordo: Prescripteur:..... | Renseignements |
| Nb de tubes : | Poids si creat:..... |
| <input type="checkbox"/> A jeun <input type="checkbox"/> Non à jeun | Bilan hormonal, DDR:..... |
| <input type="checkbox"/> sang <input type="checkbox"/> urines jointes | Dosage médicament, Traitement:..... |
| <input type="checkbox"/> urines à venir <input type="checkbox"/> autres | Dernière prise:..... Posologie:..... |
| Préleveur: | Demande de groupe sanguin et/ou RAI |
| Date:..... Heure:..... | Nom de jeune fille <u>obligatoire</u> :..... |
| Réceptionné par: | Grossesse: |
| Date Heure..... | <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui |
| Tubes en plus : ..H ..C ..E ..F ..S | Injection gammaglobuline anti-D: |
| Conformité des échantillons: <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui (date:.....) |
| Résultats:(un seul choix possible) b.marj | Transfusion récente (<4 mois) connue: |
| <input type="checkbox"/> Par internet(Tel portabl <input type="checkbox"/> Au laboratoire <input type="checkbox"/> à poster | <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui (date:.....) |
| <input type="checkbox"/> Bioserveur infirmier (INR, PLA):Signature du patient pour accord obligatoire: | |

URGENT

A coller sur la boîte de prélèvement