

FICHE D'IDENTIFICATION PERSONNELLE

À joindre impérativement pour chaque nouveau patient



18 rue de Fusillés - 40100 Dax - Tél. : 05 58 90 91 92 - Fax : 05 58 90 91 91

Identité patient :	Adresse :	
Nom de naissance :	Téléphone :	Portable :
Né.e le :	Mutuelle :	Organisme :
Numéro de s.s. :		

À REMPLIR IMPÉRATIVEMENT PAR LE PRÉLEVEUR

Prescripteur :	Poids : Kg.
Préleveur :	ID contrôlée : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Date : Heure :	<input type="checkbox"/> PS difficile
Groupes sanguins et RAI : vérification de l'identité du patient à domicile sur un document officiel d'identité	
<input type="checkbox"/> Carte d'identité <input type="checkbox"/> Passeport <input type="checkbox"/> Carte de séjour <input type="checkbox"/> Livret de famille	À jeun (12h) : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	<input type="checkbox"/> Urgent

RENSEIGNEMENTS ANALYSES

FSH, HCG, LH, Estradiol, Progestérone, Prolactine	DDR :
TP, TCA, Dosage médicament (<i>Digo, Héparine, etc.</i>)	Médicament(s) :
Grossesse et Agglutinine	Posologie, date et heure de la dernière prise :
Rhophylac : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Antécédent Transfusion : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

<input type="checkbox"/> Anticoagulant <input type="checkbox"/> Diabète <input type="checkbox"/> Douleurs cardiaques <input type="checkbox"/> Hémopathie <input type="checkbox"/> Hypolipémiant <input type="checkbox"/> Chimiothérapie <input type="checkbox"/> Dialyse <input type="checkbox"/> Grossesse <input type="checkbox"/> HTA
<input type="checkbox"/> Autre Précisez :

DIFFUSION RÉSULTATS

Patient : <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Au laboratoire <input type="checkbox"/> À poster	Médecin : <input type="checkbox"/> Tél. <input type="checkbox"/> Fax	À faxer au :	Copie à :
Infirmière par SMS : (INR-TP-PLAQUETTES-HBAIC-POTASSIUM)	Signature du patient : (obligatoire pour SMS et Internet) :		
Je soussigné.e :	à consulter mes résultats.		
autorise mon infirmier.ère,			

CADRE RÉSERVÉ AU LABORATOIRE

Type prélèvement : <input type="checkbox"/> Sang <input type="checkbox"/> GEL <input type="checkbox"/> EDTA <input type="checkbox"/> EDTA <input type="checkbox"/> FLUORE <input type="checkbox"/> CITRATE <input type="checkbox"/> SEC	<input type="checkbox"/> Urines <input type="checkbox"/> Selles <input type="checkbox"/> Écouvillon <input type="checkbox"/> Autres
---	---

FOR SEC FP 02 V004