

# 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 :	
Né.e le :	Téléphone : Portable :
Numéro de s.s. :	Mutuelle : Mail :

## À REMPLIR IMPÉRATIVEMENT PAR LE PRÉLEVEUR

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

## RENSEIGNEMENTS ANALYSES

FSH, HCG, LH, Estradiol, Progestérone, Prolactine	DDR :
TP, TCA, Dosage médicament (Digo, Héparine, etc.)	Médicament(s) :
Posologie, date et heure de la dernière prise :	
Grossesse et Agglutinine	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 :
<b>Infirmière par SMS : (INR-TP-PLAQUETTES-HBAIC-POTASSIUM)</b>						
Je soussigné.e :						
autorise mon infirmier.ère, _____ à consulter mes résultats.						

## 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
--	------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	---------------------------------	----------------------------------	------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------