



Fiche de suivi médical

MU-PVT-DEN013
Version 10
Applicable le : 04-11-2024

• RÉCEPTION AU LABORATOIRE	Date : Heure : Initiales :
-----------------------------------	--

ADMINISTRATIFS	* NOM DE NAISSANCE :	* PRENOM :	<input type="checkbox"/> URGENT	
	* NOM USUEL :	* Sexe M / F *		
	* Lieu de naissance :	* Date de naissance : ____ / ____ / ____		
	Adresse ou service :			Tél :
	Correspondant :			N° de chambre : (*) : MENTIONS OBLIGATOIRES)
OBLIGATOIRE GS/RAI : IDENTITÉ VERIFIÉE AVEC PIÈCE OFFICIELLE ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON				
N° SS : Mutuelle : Fin des droits :				

DIFFUSION RESULTATS	Patient : <input type="checkbox"/> Labo <input type="checkbox"/> Posté <input type="checkbox"/> Serveur : (E-Mail :)
	Médecin : <input type="checkbox"/> Faxé <input type="checkbox"/> Posté <input type="checkbox"/> Serveur <input type="checkbox"/> remis au patient Autre médecin :
	Pharmacie : <input type="checkbox"/> :
	IDE : Je certifie avoir l'accord du patient pour récupérer ses résultats : <input type="checkbox"/> en main propre <input type="checkbox"/> par serveur
Signature IDE :	
Procuration : remise sans justificatif à un tiers désigné par le patient <input type="checkbox"/>	
Signature du patient :	

PRESCRIPTION	<input type="checkbox"/> Ordonnance jointe <input type="checkbox"/> Renouvelable - Examen(s) à renouveler :
	Examen(s) : <input type="checkbox"/> sans ordonnance <input type="checkbox"/> refusé(s)
	<input type="checkbox"/> HN Examens concernés :
	Examen(s) en attente : <input type="checkbox"/> GPP <input type="checkbox"/> ECBU <input type="checkbox"/> Urines <input type="checkbox"/> Selles <input type="checkbox"/> Autres examens :
Signature du patient :	
Prochain RDV :	

IMPORTANT	NOM DU PRELEVEUR	DATE	HEURE	NB D'ECHANTILLONS
		____ / ____ / ____	____ h	Tubes ____ Selles ____ Urines ____ Autres

RENSEIGNEMENTS	Conditions : À JEÛN <input type="checkbox"/> NON A JEÛN <input type="checkbox"/> Prvt difficile <input type="checkbox"/> SANS GARROT <input type="checkbox"/>	
	Si INR => TT anticoagulant : Previscan <input type="checkbox"/> Sintrom <input type="checkbox"/> Coumadine <input type="checkbox"/> Autre..... Posologie : Cible :	
	Si TSH => TT Thyroïde : Absence <input type="checkbox"/> Levothyrox <input type="checkbox"/> Neomercazol <input type="checkbox"/> Thyrosol <input type="checkbox"/> Posologie.....	
	Bilan hormonal (HCG, LH, FSH, E2 PROG) : Date de dernière règle :	
Contexte du bilan :		
Rsgt GS RAI	Grossesse : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> DDG.....	Transfusion : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	ATCD Injection anti D : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Si oui, date :
Rsgt prélèvement bactériologique	ATB : Aucun <input type="checkbox"/> En cours <input type="checkbox"/> TT terminé depuis le	
	Nom de l'antibiotique : Date de recueil : ____ / ____ / ____	
	brûlures <input type="checkbox"/> dysurie <input type="checkbox"/> envies fréquentes <input type="checkbox"/> pré op <input type="checkbox"/> autres <input type="checkbox"/>	
	Heure de recueil:h....	Heure passage en milieu de transport : h

ECHANTILLONS	Conformité des échantillons à la réception :	Vérification de l'enregistrement + VISA SI VERIFICATEUR DIFFERENT	COLLER ETIQUETTE DOSSIER
	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non → Code NC : <input type="checkbox"/> délai <input type="checkbox"/> volume <input type="checkbox"/> identification <input type="checkbox"/> tube absent <input type="checkbox"/> autre :		
	Initiales :Heure de centrifugation :		