



Fiche de transmission de prélèvement

Nom d'usage : N°SS :
Nom de naissance : Caisse :
Prénom : Mutuelle :
Date de naissance : N° préfectoral :
Sexe : M F
Adresse : ALD Invalidité AT (date :)
 Grossesse (Date dernières règles :)
Tél :
Mail :

Préleveur : Date : / Heure : 1^{er} Prescripteur : 2^{ème} Prescripteur : Date ordonnance : Ordonnance renouvelable : <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	Urgent : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Renseignements Cliniques : <input type="checkbox"/> A jeun <input type="checkbox"/> Non à jeun <input type="checkbox"/> Post Prandial Poids (si Cockcroft) :	Résultats : <input type="checkbox"/> Internet (mail obligatoire à renseigner plus haut) Consentement (signature du patient) : <input type="checkbox"/> Laboratoire (à récupérer) <input type="checkbox"/> IDE-Lab <input type="checkbox"/> Courrier (voie postale)
Traitement anticoagulant : <input type="checkbox"/> Prévican <input type="checkbox"/> Coumadine <input type="checkbox"/> HBPM <input type="checkbox"/> Calciparine <input type="checkbox"/> Pradaxa <input type="checkbox"/> Eliquis <input type="checkbox"/> Xarelto <input type="checkbox"/> Autres	Examens demandés : (joindre ordonnance)
Traitement thyroïde : <input type="checkbox"/> Lévothyrox <input type="checkbox"/> Euthyrox <input type="checkbox"/> Néomercazole <input type="checkbox"/> Autres	
Posologie, date et heure dernière prise (si dosage médicament ou injection Calciparine) :	
Traitement antibiotique : <input type="checkbox"/> Nom : <input type="checkbox"/> Bilan routine <input type="checkbox"/> Suivi Grossesse <input type="checkbox"/> Suivi diabète <input type="checkbox"/> Hémopathie <input type="checkbox"/> Chimiothérapie <input type="checkbox"/> Autre	
Contexte – Signes Cliniques : (si bactério) :	
En cas de demande de groupe sanguin et/ou RAI et/ou RAI si Hb < X Vérification de l'identité patient effectuée d'après document officiel : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
Grossesse : <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	Date dernières règles :/...../.....
Injection Gammaglobulines anti-D (Rophylac®) : <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	Date :/...../..... <input type="checkbox"/> 200 µg <input type="checkbox"/> 300 µg
Transfusion récente (< 4 mois) connue : <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	Date :/...../.....
Intervention : <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	Date :/...../.....
Transfusion prévue : <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	Date :/...../.....