Unilabs | Biolib

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

ENR-PRE-013-02

(Réservé au laboratoire)
Coller ici l'étiquette du Dossier patient

☐ BILAN URGENT

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS:

Identité du préleveur :

Prélèvement effectué le : / / à : H

IMPORTANT Identité patient vérifiée avec pièce d'identité officielle : ☐ OUI ☐ NON IMPORTANT

Nom usuel patient : Nom de naissance :

Prénom patient : Lieu de naissance :

Date de Naissance : / /

Sexe : ☐ Féminin ☐ Masculin

Téléphone :

Adresse mail : @

Adresse postale :

N° de Sécurité sociale :

Nom et prénom assuré si différent du patient :

Caisse :

Mutuelle :

N°AMC / Télétransmission :

Si possible joindre copie de la carte de mutuelle.

TRANSMISSION DES RESULTATS:

Ordonnance jointe : ☐ OUI ☐ NON

PATIENT : ☐ POSTE ☐ LABO ☐ INTERNET

Signature Patient si internet :

☐ *En cochant cette case, J'accepte de recevoir des informations du Laboratoire Unilabs ou de ses partenaires mandatés (*) par e-mail, et la mise en ligne de mes résultats sur la plateforme sécurisée Kiro. Je reconnais que mon adresse e-mail est personnelle, sécurisée et accessible uniquement aux personnes autorisées.*
(*) Votre Laboratoire peut également vous transmettre des informations d'ordre pratique (changement d'horaires, d'adresses etc.)et des enquêtes de satisfaction ponctuelles en vue d'améliorer la qualité de nos services.

MEDECIN : ☐ TEL ☐ FAX : _____ ☐ Envoi d'une copie à :

Transmission à votre IDE par SMS* : ☐ OUI ☐ NON

**Uniquement pour les résultats : INR / Plaquettes / K+ / Hb*

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES:

PATIENT A JEUN : ☐ OUI ☐ NON

☐ **Dosage de médicament / anticoagulant :**

Nom du médicament :

Posologie :

Date et heure dernière prise :

Pathologie(s) connue(s) / symptômes :

- ☐ Fièvre
- ☐ Douleurs cardiaques
- ☐ HTA
- ☐ Immuno-déprimé
- ☐ Dialysé
- ☐ Sous anticoagulant
- ☐ Hémopathie
- ☐ Chimiothérapie
- ☐ Diabète
- ☐ Autre :

☐ **Bilan Hormonal :**

DDR :

☐ **Grossesse:**

DDG :

Rhophylac : ☐ OUI ☐ NON

Dernière prise : Date & Quantité :

☐ **Antécedent transfusionnel :**

☐ OUI* ☐ NON

**Si oui joindre Carte de groupe si demande RAI.*

Nb de tubes prélevés :

Autres :

☐ **Commentaire éventuel :**

Date de Péremption des tubes de cette Boite :

ORDRE DE PRÉLÈVEMENT DES TUBES :

Homogénéiser les tubes remplis par 8 à 10 retournements lents

REMPLISSAGE DES TUBES :

ATTENTION AU VOLUME DE REMPLISSAGE DES TUBES EN PARTICULIER POUR LES TUBES CITRATES

POUR LES TUBES CITRATES

LE NIVEAU DE REMPLISSAGE SE SITUE DANS L'INTERVALLE DU TRIANGLE
Tolérance +/- 10%

DE MANIERE GENERALE RESPECTER LE NIVEAU DE REMPLISSAGE POUR EVITER DES CONSEQUENCES SUR LES RESULTATS

IDENTITOVIGILANCE :

L'identitovigilance est un préalable essentiel à la qualité et la sécurité des soins.

IL EST IMPORTANT DE BIEN VERIFIER L'IDENTITE DU PATIENT A CHAQUE PRELEVEMENT.

La mise en place de l'INS (Identité Nationale de Santé) requiert la vérification systématique de l'identité du patient au moyen d'une pièce officielle d'identité.

Identité Nationale de Santé
ins Bien identifié·e, bien soigné·e.