

BILAN URGENT 

(Réservé au laboratoire)

Coller ici l'étiquette du Dossier patient

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS:

 Identité du préleveur :

 Prélèvement effectué le : / / à : H


Identité patient vérifiée avec pièce d'identité officielle :

 OUI

 NON

 Nom usuel patient :

 Nom de naissance :

 Prénom patient :

 Lieu de naissance :

 Date de Naissance : / /

 N° de Sécurité sociale :

 Sexe : Féminin Masculin

 Téléphone :

 Nom et prénom assuré si différent du patient :

 Adresse mail : @

 Caisse :

 Adresse postale :

 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 :

MEDECIN : TEL FAX :

 Envoi d'une copie à :
DMP* : AUTORISATION REFUS
 ↳ si copie carte d'identité fournie

*Dans le cas où aucune case n'est cochée, la transmission sera effectuée par défaut.

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES:

PATIENT A JEUN : OUI NON

 Dosage de médicament / anticoagulant :

 Nom du médicament :

 Posologie :

 Date et heure dernière prise :
 Bilan Hormonal :

 DDR :

 Nb de tubes
prélevés :

Pathologie(s) connue(s) / symptômes :

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Fièvre | <input type="checkbox"/> Sous anticoagulant |
| <input type="checkbox"/> Douleurs cardiaques | <input type="checkbox"/> Hémopathie |
| <input type="checkbox"/> HTA | <input type="checkbox"/> Chimiothérapie |
| <input type="checkbox"/> Immuno-déprimé | <input type="checkbox"/> Diabète |
| <input type="checkbox"/> Dialysé | <input type="checkbox"/> Autre : |

 Grossesse:

 DDG :

 Rhophylac : OUI NON

 Dernière prise : Date & Quantité :

 Nom de la maternité
d'accouchement si connue :
 Antécédent transfusionnel : OUI* NON

*Si oui joindre Carte de groupe si demande RAI.

 Commentaire éventuel :

ORDRE DE PRÉLÈVEMENT DES TUBES :



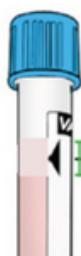
Homogénéiser les tubes remplis par 8 à 10 retournements lents



REmplissage des tubes :



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



**POUR LES TUBES
CITRATES**

LE NIVEAU DE
REMPPLISSAGE
SE SITUE DANS
L'INTERVALLE DU
TRIANGLE

Tolérance +/- 10%

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



IDENTITOVIDIGENCE :

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.

Laboratoire Galliéni 11 Avenue Galliéni 33500 Libourne 05.57.55.38.48 laboratoire.gallieni@unilabs.com	Laboratoire Rialto 9 Allée Robert Boulin 33500 Libourne 05.57.51.10.89 laboratoire.rialto@unilabs.com	Laboratoire Coutras 6 Rue François Mitterrand 33230 Coutras 05.57.48.40.60 laboratoire.coutras@unilabs.com	Laboratoire Vayres 14 Avenue de Libourne 33870 Vayres 05.57.84.92.92 laboratoire.vayres@unilabs.com
	Laboratoire St Loubès 3 Chemin du Livey 33450 Saint Loubès 05.56.78.93.68 laboratoire.stloubes@unilabs.com	Laboratoire Montpon 82 Avenue Georges Pompidou 24700 Montpon Menesterol 05.53.80.07.35 laboratoire.montpon@unilabs.com	Laboratoire Belvédère 26, Boulevard Joliot Curie 33100 BORDEAUX 05.17.93.01.35 laboratoire.belvedere@unilabs.com