

Version	M	Date de validation	10/03/2020
Type de texte	VISKALI MP	Mise en application	26/03/2020

Dernière(s) modification(s) du document : [remise en forme du document](#)

CONSIGNES D'UTILISATION :

Le Préleveur doit renseigner :

Item	Obligatoire	Cas particulier
Date du prélèvement	OUI	
Nom Prénom	OUI	
Nom de Naissance	OUI	Même pour les hommes
Sexe	OUI	
Date Naissance	OUI	
Pièce d'identité	NON	OUI si nouveau patient ou demande groupe sanguin/rai
Adresse	NON	OUI si nouveau patient ou déménagement
Téléphone	NON	OUI si nouveau patient ou nouveau numéro
Droits		
Nom de la caisse	NON	OUI si nouveau patient ou changement de RO
N° SS	NON	OUI si nouveau patient ou changement de statut
gossesse	OUI	
Mutuelle et N°	NON	OUI si nouveau patient ou changement de RC
Renseignements clinique		
Patient à jeun	OUI	
Traitement, dernière prise, posologie	OUI	Si demande d'un dosage de médicament
Traitement par Entresto	NON	OUI si demande de BNP
Motif de prescription de la détermination phénotypique (groupe)	NON	OUI si détermination du phénotypage érythrocytaire (Groupe)
Absence de transfusion récente < 4 mois	NON	OUI si détermination du phénotypage érythrocytaire (Groupe)
Historique des RAI	NON	OUI si dépistage d'anticoprs anti érythrocytaires (RAI)
Injection d'immunoglobulines	NON	OUI si dépistage d'anticoprs anti érythrocytaires (RAI)
Prescripteur + tel + fax	NON	OUI si pas de prescription ou éléments manquants
Médecin traitant	NON	OUI si différent du prescripteur
Rendu des résultats	OUI	
Transmission	OUI	
Conditions d'acheminement	OUI	
Nom du préleveur	OUI	

Le laboratoire doit renseigner à la réception :

Item	Obligatoire	Cas particulier
Nom du site receveur	OUI	
Nom, prénom de la personne recevant le prélèvement	OUI	
Date, Heure	NON	OUI si l'enregistrement du dossier n'est pas immédiat
Type d'échantillon et nombre de tubes	OUI	
Accepté, refusé, accepté partiel, dérogé	OUI	

NOM DU PRELEVEUR

ETIQUETTE SCAN

PARTIE A REMPLIR IMPERATIVEMENT PAR LE PRELEVEUR

PRELEVEMENT DU/...../..... **à** h

PATIENT

NOM DE NAISSANCE **NOM** **PRENOM**

SEXE F ☐ M ☐ **DDN**/...../.....

Veillez à nous fournir une photocopie d'une pièce d'identité pour tout nouveau patient ou demande de groupe sanguin /RAI

ADRESSE **N° de TEL**

CAISSE **N° SECURITE SOCIALE**

MUTUELLE **N° AMC**

ORDONNANCE: **Renouvellement** ☐ (date et prescripteur ?) **Reprélèvement** ☐ **Hors prescription** ☐

NOM MEDECIN TRAITANT (si différent du prescripteur) :

PRELEVEMENT DIFFICILE OUI ☐

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES ET THERAPEUTIQUES

PATIENT A JEUN : OUI ☐ NON ☐ **ENCEINTE** : OUI ☐ NON ☐

Si créatinine, couleur de peau :

MOTIF du BILAN :

Si dosage médicament : Nom

Date et heure dernière prise

Posologie

Liste des médicaments (anticoagulants, supplémentation en fer, traitement pour la thyroïde , antibiotique si prélèvements bactériologiques)

Si dosage de BNP le patient prend t'il de l'ENTRESTO : OUI ☐ NON ☐

Si demande d'une détermination du phénotypage érythrocytaire (groupage) ou RAI :

Transfusion récente (<4 mois) OUI = Date NON ☐ Ne sait pas ☐

Injection d'immunoglobulines OUI = Date NON ☐ Ne sait pas ☐

ATCD de RAI positif ☐ négatif ☐ Ne sait pas ☐

RENDU DES RESULTATS

URGENT OUI ☐ NON ☐

PATIENT ☐ Poste ☐ Laboratoire ☐ Email :@.....

PRESCRIPTEUR OUI ☐ NON ☐

CONDITIONS D'ACHEMINEMENT DU PRELEVEMENT **SI AUTRE QUE TEMPERATURE AMBIANTE** : + 4° ☐ **CONGELE** ☐

PARTIE RESERVEE AU LABORATOIRE

RECEPTION DES ECHANTILLONS PAR :

NOM ou code **LE**/...../..... **A** h

TYPE D'ECHANTILLON URINES ☐ SELLES ☐ AUTRES PRELEVEMENTS ☐

SANG ☐ / NB DE TUBES : EDTA SEC HEP LI CITRATE FLUORE

PRELEVEMENT Accepté ☐ Refusé ☐ Dérégé ☐ : Accepté partiel ☐ :