DE A0 004 11 Fiche de liaison IDE / BIOVENTIS LEGUEVIN

3 boulevard des Pyrénées 31490 LEGUEVIN
Tél : 05 61 07 44 33 Fax : 05 61 06 78 93

Vous êtes responsable de la vérification des dates de péremption des tubes et du transport des échantillons au LBM dans des conditions qui garantissent leur intégrité

IDE	Nom du préleveur	Date :	Heure :	Signature IDE si prélèvement non conforme

PATIENT

NOM : Sexe □ **H** □ **F**

NOM de naissance : **Date de Naissance :**

PRENOM

□ **PATIENT A JEUN** □ **NON A JEUN (Chimiothérapie OUI** □ **NON**□**)**

□ Sans garrot □ Prélèvement difficile.

Renseignements cliniques : ……..

Rendu Résultats : □ **URGENT** □ Au labo □ A poster □ Opposition patient rendu à l'IDE

□ EMAIL **Adresse Email** pour envoi via serveur sécurisé :……

Adresse postale :

Numéro de Sécurité sociale :
Centre CPAM :
Mutuelle et n° d'adhérent :

Téléphone du patient :

Prescripteur : Renouvellement : □ OUI □ NON

Médecin traitant : Date Ordo :

Analyses prescrites (si pas de prescription) :

Si RAI merci préciser si □ Transfusion < 3 mois □ Injection de Rophylac □ RAS

Date des dernières Règles (si hormonologie prescrite) : ……

Traitement et posologie : □ Autres préciser ……..

□ : Sintrom : □ Coumadine : □ Si TSH Lévothyrox :

□ Calciparine : □ HBPM : □ Préviscan :

□ Xarelto : □ Eliquis

Prélèvements à effectuer suivant la convention Bioventis / préleveurs externes DE A0 072
Transport des échantillons à une T° inférieure à 25°C / Ecouvillons gel : 15 à 25°C

Réservé au LABO : Refus des échantillons non identifiés ou mal identifiés

Réceptionné par : Date : Heure : Conformité □ OUI □ NON

Nombre de tubes reçu	EDTA :	VS :	HEP :	CIT :	Sec :	Fluoré :

DE A0 004 11 Fiche de liaison IDE / BIOVENTIS LEGUEVIN

3 boulevard des Pyrénées 31490 LEGUEVIN
Tél : 05 61 07 44 33 Fax : 05 61 06 78 93

Vous êtes responsable de la vérification des dates de péremption des tubes et du transport des échantillons au LBM dans des conditions qui garantissent leur intégrité

IDE	Nom du préleveur	Date :	Heure :	Signature IDE si prélèvement non conforme

PATIENT

NOM : Sexe □ **H** □ **F**

NOM de naissance : **Date de Naissance :**

PRENOM

□ **PATIENT A JEUN** □ **NON A JEUN (Chimiothérapie OUI** □ **NON**□**)**

□ Sans garrot □ Prélèvement difficile.

Renseignements cliniques : ……..

Rendu Résultats : □ **URGENT** □ Au labo □ A poster □ Opposition patient rendu à l'IDE

□ EMAIL **Adresse Email** pour envoi via serveur sécurisé :……

Adresse postale :

Numéro de Sécurité sociale :
Centre CPAM :
Mutuelle et n° d'adhérent :

Téléphone du patient :

Prescripteur : Renouvellement : □ OUI □ NON

Médecin traitant : Date Ordo :

Analyses prescrites (si pas de prescription) :

Si RAI merci préciser si □ Transfusion < 3 mois □ Injection de Rophylac □ RAS

Date des dernières Règles (si hormonologie prescrite) : ……

Traitement et posologie : □ Autres préciser ……..

□ : Sintrom : □ Coumadine : □ Si TSH Lévothyrox :

□ Calciparine : □ HBPM : □ Préviscan :

□ Xarelto : □ Eliquis

Prélèvements à effectuer suivant la convention Bioventis / préleveurs externes DE A0 072
Transport des échantillons à une T° inférieure à 25°C / Ecouvillons gel : 15 à 25°C

Réservé au LABO : Refus des échantillons non identifiés ou mal identifiés

Réceptionné par : Date : Heure : Conformité □ OUI □ NON

Nombre de tubes reçu	EDTA :	VS :	HEP :	CIT :	Sec :	Fluoré :