DE A0 004 13 Fiche de liaison IDE BIOVENTIS

SALVETAT FONSORBES LEGUEVIN SAINT LYS VILLENEUVE TOLOSANE

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

PATIENT

NOM : Sexe ☐ **H** ☐ **F**

NOM de naissance : ☐ Nom de naissance identique Nom

PRENOM **Date de Naissance**

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

☐ Sans garrot ☐ Prélèvement difficile.

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 *(Nom + code AMC)* et n° d'adhérent :

Téléphone du patient :

Prescripteur : Renouvellement : ☐ OUI ☐ NON

Médecin traitant : Date Ordo :

Analyses prescrites (si pas de prescription) :

Groupes Sanguins : ☐ Vérification de l'identité du patient à l'aide d'une pièce d'identité

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 ☐ SANS TRAITEMENT

Autres renseignements cliniques

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 13 Fiche de liaison IDE BIOVENTIS

SALVETAT FONSORBES LEGUEVIN SAINT LYS VILLENEUVE TOLOSANE

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

PATIENT

NOM : Sexe ☐ H ☐ F

NOM de naissance : ☐ Nom de naissance identique Nom

PRENOM Date de Naissance

☐ PATIENT A JEUN ☐ NON A JEUN (Chimiothérapie OUI ☐ NON☐)

☐ Sans garrot ☐ Prélèvement difficile.

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 (Nom + code AMC) et n° d'adhérent :

Téléphone du patient :

Prescripteur : Renouvellement : ☐ OUI ☐ NON

Médecin traitant : Date Ordo :

Analyses prescrites (si pas de prescription) :

Groupes Sanguins : ☐ Vérification de l'identité du patient à l'aide d'une pièce d'identité

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 ☐ SANS TRAITEMENT

Autres renseignements cliniques

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 :