

B.M.P.R. – PRELEVEMENT SANGUIN

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> BOUAYE ☎ 02 28 25 02 35 | <input type="checkbox"/> BOUGUENAI ☎ 02 40 32 09 88 | <input type="checkbox"/> CHERERE ☎ 02 85 93 50 10 |
| <input type="checkbox"/> LA MONTAGNE ☎ 02 40 65 96 15 | <input type="checkbox"/> MACHECOUL ☎ 02 28 07 04 00 | <input type="checkbox"/> PORNIC ☎ 02 51 74 00 00 |
| <input type="checkbox"/> ST BREVIN ☎ 02 40 27 44 59 | <input type="checkbox"/> STE PAZANNE ☎ 02 40 02 43 70 | |

POUR UNE PRISE EN CHARGE OPTIMALE MERCI DE COMPLETER LES RENSEIGNEMENTS DEMANDES

PATIENT

Nom : Nom de Naissance (obligatoire) :

Prénom : Date de naissance :/...../.....

Sexe : M / F Tel. **Identité vérifiée** (faire épeler par le patient noms, prénom et date de naissance)

Adresse principale :

Adresse vacances :

N° de Sécurité Sociale :

Nom Caisse / Mutuelle :

☞ Situation Médicale MATER ALD INV CMU AT (+ attestation) Tiers Payant

à poster au laboratoire

Résultats PATIENT

par mail ☞ adresse :

Pharmacie ☞ Nom : Ville :

URGENT
 Fax :

PRELEVEMENT

Effectué le **Heure** H **par**

A jeun OUI NON

TRANSMISSION

Transmission par Pharmacie Transmission par Infirmier/ière Transmission par Cabinet Médical

NOM : Date :/...../..... heure de dépôt : H

ANALYSES

Ordonnance jointe

Ordonnance à renouveler (déjà au laboratoire)

Absence d'ordonnance

☞ **Examens demandés :**

CAS D'ABSENCE D'ORDONNANCE ☞ Précisez :

☞ Prescripteur :

☞ Date de la demande :

☞ Copie(s) aux Médecins suivants : Dr.....

CLINIQUE

Grossesse ou si dosage d'hormones précisez date des dernières règles :/...../.....

Patient sous AVK : médicament posologie

Dosage de Médicament : posologie

☞ date et heure de la dernière prise :

Demande de Groupe ou RAI : injection de Rhophylac : date/...../.....

ATCD de transfusion : date/...../.....

Indication : pré-transfusion post-transfusion préopératoire

Autres renseignements cliniques :

Pour la sécurité des patients et la qualité des résultats, merci de renseigner les informations demandées. Le laboratoire pourra le cas échéant refuser des prélèvements non conformes (cf règles au verso)

CADRE RESERVE AU LABORATOIRE

TUBES

BLEU ROUGE JAUNE VERT VIOLET GRIS

Tubes EDTA avec : nom prénom nom de naissance DDN

Identité du patient

L'identité du patient, c'est sa sécurité. Il nous est impossible d'accepter des prélèvements dont l'identité est absente, incomplète ou fausse. Une identité complète est composée du nom usuel, du nom de naissance, du prénom, et de la date de naissance.

Les tubes comme la fiche de prélèvement doivent être identifiés.

Pour des raisons de sécurité transfusionnelle, les tubes EDTA pour les demandes de groupe, NF et RAI doivent être identifiés avec l'ensemble des informations patient rappelé plus haut.

Renseignements Pré-Analytiques

Certaines analyses ont des délais avant stabilisation (centrifugation) très courts : **K, LDH, tests de coagulation**. Il est souhaitable que les demandes comportant ces analyses soient identifiées pour un enregistrement rapide. **Merci de faire ressortir la fiche urgence de la boîte**, seul moyen pour nous d'identifier à réception de la tournée une demande urgente.

Les urgences cliniques doivent être signalées de la même façon.

Renseignements cliniques

Les renseignements cliniques sont indispensables pour une bonne interprétation des analyses.

Merci de nous transmettre toutes les informations cliniques à votre connaissance. Ne pas hésiter à interroger le patient sur les motivations du bilan. Ci-dessous quelques situations cliniques importantes à renseigner :

- Chimiothérapie récente
- Suivi d'une pathologie lourde : cancer, maladie hématologique
- Traitement immunosuppresseur : méthotrexate,...
- Diabète
- Infection en cours : traitement ATB
- Opération récente ou à venir : date ?

RAPPEL DES PRINCIPALES NON-CONFORMITES RENCONTREES A L ENREGISTREMENT

Identification des échantillons

- Absence d'identification (Nom, prénom, nom de naissance, date de naissance)
- Identification incomplète ou incohérente
- Mauvaise identification ou étiquetage

Fiche de prélèvement ou de transmission des échantillons

- Fiche de prélèvement non remplie ou mal remplie
- Absence ou mauvaise identité complète du patient (Nom, prénom, Nom de naissance, DDN)
- Absence ou incohérence de l'adresse du patient
- Absence de renseignements cliniques et/ou thérapeutiques (traitement en cours, posologie...)
- Absence de nom du préleveur
- Absence de date et heure de prélèvement
- Absence de documents (attestation, signature, consentement...)
- Ordonnance manquante ou non conforme

Echantillon non conforme

- Echantillon absent ou inadapté (tube, flacon...)
- Délai d'acheminement ou température non conforme pour la réalisation de l'analyse
- Volume insuffisant
- Préconisations pour le prélèvement non respectées (jeûne, prise de médicaments...)

Hygiène-Sécurité

- Risque d'AES (si aiguille souillée, seringue usagée, tubes ou boîtes souillés, intégrité de l'emballage...)