



FICHE DE RENSEIGNEMENTS PRE-ANALYTIQUE

PRE ENR 101 V 12

Ne pas jeter à remettre à votre infirmier lors de votre prochain prélèvement à domicile

Site d'**Hénin-Beaumont** (62110)

89 pl Wagon

Tél : 03.21.69.80.00

Site internet : www.cbna.fr

Site de **Douai** (59500)

320 bd de la République

Tél : 03.27.87.36.33

Site de **Billy Montigny** (62420)

67 av de la République

Tél : 03.21.08.66.66

IDENTIFICATION DU PATIENT		RENSEIGNEMENTS DE L'ASSURE	
Nom Prénom :		N° sécurité sociale :	
Nom naissance :		CPAM :	
Né le : Sexe :		Mutuelle :	
Adresse :		N° AMC :	
.....		Nom Prénom :	
.....		Né le :	
.....		100% : <input type="checkbox"/> INV <input type="checkbox"/> ALD <input type="checkbox"/> MAT	
Téléphone :		Le patient est : <input type="checkbox"/> l'assuré <input type="checkbox"/> le conjoint <input type="checkbox"/> un enfant	
PRELEVEMENT			
Nom du préleveur : Tél:		Date : Heure :	
Echantillon transmis :			
<input type="checkbox"/> Sang <input type="checkbox"/> Urines <input type="checkbox"/> Selles <input type="checkbox"/> Autre :		Nombre de tubes :	
<input type="checkbox"/> Patient non à jeun <input type="checkbox"/> Prélèvement difficile		GS-RAI : si transfusion, noter la date :	
Pose du garrot (pour la kaliémie) : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
RENSEIGNEMENTS CLINIQUES			
Dosage de médicament : Nom :		Posologie :	
(AVK, acide valproïque, digoxine,...)		Dernière prise :	
Dosage créatinine : Poids :		Indication AVK :	
Bilan hormonal : DDR :		Traitement hormonal :	
Contexte clinique en rapport avec examen :		<input type="checkbox"/> Altération état général <input type="checkbox"/> Chimiothérapie	
.....		<input type="checkbox"/> T°C > 38°C <input type="checkbox"/> Grossesse	
.....			
.....			
RESULTATS		PHARMACIE	
Résultats médecin : <input type="checkbox"/> URGENT <input type="checkbox"/> Tél <input type="checkbox"/> Fax			
NOM médecin:			
Résultats patient : <input type="checkbox"/> Poste <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Bac IDE			
<input type="checkbox"/> Pharmacie <input type="checkbox"/> Laboratoire (mot de passe :			
Transmission des INR, K+ par SMS à IDE :			
<input type="checkbox"/> Accord patient <input type="checkbox"/> Annulation par le patient			
Signature patient :			
RECEPTION (A remplir par le laboratoire)			
Date :		heure :	
Echantillon(s) reçu(s) :			
<input type="checkbox"/> Bleu (citrate) <input type="checkbox"/> Rouge (sec)		<input type="checkbox"/> Vert (Héparine) <input type="checkbox"/> Violet (EDTA)-NFS	
<input type="checkbox"/> Gris (Fluoroacétate) <input type="checkbox"/> Jaune (sec)		<input type="checkbox"/> Violet (EDTA)-HbA1c/GS/autres	
<input type="checkbox"/> Urine échantillon <input type="checkbox"/> Urine 24h		<input type="checkbox"/> Pot (Selles, crachat) <input type="checkbox"/> Ecouvillons	
Echantillon conforme : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non (sinon noter le ou les codes)			