

ENREGISTREMENT	C2 ENR 03
FICHE DE TRANSMISSION DE PRELEVEMENT	VERSION-5

## URGENCE

### PATIENT (si connu du LBM ne renseigner que les Noms, Prénom et date de naissance)

**Nom :** ..... **Nom de jeune fille :** .....  
**Prénom :** ..... **DDN :** .....  
 Adresse / Etablissement : ..... **Chambre :** .....  
**Tel :** ..... **Mail :** ..... **Serveur :**  OUI  NON  
 Commentaire (code portail, etc...) : .....

### RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS FACULTATIFS

**N° SS° :** ..... **Organisme :** ..... **Exonération :** .....  
**Mutuelle – AMC / code préfectoral :** ..... **Période de validité :** .....

### PRESCRIPTION (en cas d'absence d'ordonnance)

**Médecin prescripteur ou à contacter :** .....  
**Examens demandés :** ..... **Signature Patient souhaitable**  
(demande sans ordonnance)  
 .....  
 .....

### PRELEVEMENT

<input type="checkbox"/> Sang Date : ..... Heure : .....  <b>Nb de tubes :</b> .....  <b>Préleveur :</b> .....	<input type="checkbox"/> Urines Date : ..... Heure : ..... <input type="checkbox"/> Milieu de miction <input type="checkbox"/> Sondage aller-retour <input type="checkbox"/> Sonde à demeure <input type="checkbox"/> Collecteur <input type="checkbox"/> Urines de 24 h → Diurèse : .....	<input type="checkbox"/> Autres Date : ..... Heure : ..... <input type="checkbox"/> Selles <input type="checkbox"/> Ecouvillon(s) ..... <input type="checkbox"/> .....
---	--	--

### RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

**A jeun**    OUI    NON

### RENDU DES RESULTATS

**A faxer :** .....     **A poster** (vérif. adresse) .....  
 **A Téléphoner :** .....     **E-mail :** .....  
 **Le patient autorise l'IDE à récupérer ses résultats : (signature souhaitable)** .....

### RECEPTION

Réservé au laboratoire

**Nom :** ..... **Date :** ..... **Heure :** .....

**Conformité des échantillons à la réception :**     Oui     Non

**Commentaire :** .....

### Double contrôle de la saisie

**Nom :** ..... **Signature :** .....

En cas d'utilisation en procédure dégradée, joindre obligatoirement l'ordonnance