

 Synergibio Laboratoire de biologie médicale	ENREGISTREMENT				<i>Etiquette</i> <i>Dossier administratif</i>
	FEUILLE DE PRESCRIPTION EXTERNE				
	Réf du document : GEN-PRE-ENR02	Version : 4.1	Approuvé par : FACORAT Corine	Date d'application : 2021-04-24	

 URGENT

IDENTIFICATION DU PATIENT

Nom de naissance :	Nom marital :
Prénoms :	Sexe : <input type="checkbox"/> féminin <input type="checkbox"/> Masculin
Date de naissance :	Identité vérifiée avec un document officiel d'identité : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui*

*Obligatoire pour les examens d'Immunohématologie : Coombs, Groupe sanguin, RAI etc.

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

Adresse	N° Rés. Bat. Rue :	Code postal :	Commune/ville/Pays :
Tél. portable : 06	Tel. fixe :	E. Mail :	

PRISE EN CHARGE – TIERS PAYANT

Documents joints : Ordonnance Attestation de SS/carte vitale Attestation de mutuelle Autres (préciser) :

Numéro Caisse SS : N°SS :

Nom Mutuelle : Réf. mutuelle :

PRESCRIPTEUR

Nom :	
Prénom :	
Tél :	
Fax :	
RESULTAT	<input type="checkbox"/> au patient <input type="checkbox"/> au Médecin <input type="checkbox"/> à l'IDE * <input type="checkbox"/> à faxer <input type="checkbox"/> à Poster <input type="checkbox"/>
* J'autorise le préleveur à récupérer mon résultat	
Signature :	

PRELEVEUR

Nom :	
Prénom :	
Tél :	
Portable :	
<input type="checkbox"/> Infirmier <input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> Sage-femme <input type="checkbox"/> Biologiste <input type="checkbox"/> Technicien <input type="checkbox"/> Autre (préciser) :	

CONDITIONS DE PRELEVEMENT

<h4 style="text-align: center;">Patients</h4> <p>Jeûne : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Pathologie(s) : <input type="checkbox"/> Diabète <input type="checkbox"/> HTA <input type="checkbox"/> Autres :</p> <p>Traitement en cours Médicament : obligatoire si dosage des Posologie : médicaments, TP/INR Date Heure de la dernière prise :</p> <p style="text-align: center;">Renseignements divers</p> <p><input type="checkbox"/> Poids : <input type="checkbox"/> DDR : <input type="checkbox"/> Autres : <input type="checkbox"/> DDG : terme : SA</p>	<h4 style="text-align: center;">Microbiologie</h4> <p> <input type="checkbox"/> Urines fraîches <input type="checkbox"/> Col érythémateux <input type="checkbox"/> Sondage vésical <input type="checkbox"/> Pertes <input type="checkbox"/> Sonde à demeure <input type="checkbox"/> Ménométrorragies <input type="checkbox"/> Urines 1^{er} jet <input type="checkbox"/> fièvre <input type="checkbox"/> Urines 2^{ème} jet <input type="checkbox"/> Autres : </p> <p style="text-align: center;">Commentaires sur le patient</p>
--	---

PRELEVEMENT – ENCHANTILLONS PRELEVES

<table border="1"> <tr><th> Tubes </th><th> Nbr </th></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> EDTA (violet) :</td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Sec (rouge) :</td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Sec à gel (jaune) :</td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Citraté (bleu) :</td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Fluoré (gris) :</td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Hép. Lith. (vert) :</td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Autres (préciser) :</td><td></td></tr> </table>	Tubes	Nbr	<input type="checkbox"/> EDTA (violet) :		<input type="checkbox"/> Sec (rouge) :		<input type="checkbox"/> Sec à gel (jaune) :		<input type="checkbox"/> Citraté (bleu) :		<input type="checkbox"/> Fluoré (gris) :		<input type="checkbox"/> Hép. Lith. (vert) :		<input type="checkbox"/> Autres (préciser) :		<table border="1"> <tr><th> Pots </th><th> Nbr </th></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Urines ST OU NST :</td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Urines 24h :</td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Selles :</td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Autres (préciser) :</td><td></td></tr> </table>	Pots	Nbr	<input type="checkbox"/> Urines ST OU NST :		<input type="checkbox"/> Urines 24h :		<input type="checkbox"/> Selles :		<input type="checkbox"/> Autres (préciser) :		<table border="1"> <tr><th> Autres </th><th> Nbr </th></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> PV :</td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> PV Chla :</td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> PV Myco :</td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> PU :</td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> PU Chla :</td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> PU Myco :</td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Mycologie :</td><td></td></tr> </table>	Autres	Nbr	<input type="checkbox"/> PV :		<input type="checkbox"/> PV Chla :		<input type="checkbox"/> PV Myco :		<input type="checkbox"/> PU :		<input type="checkbox"/> PU Chla :		<input type="checkbox"/> PU Myco :		<input type="checkbox"/> Mycologie :		<p>Date :</p> <p>Heure :</p> <p style="text-align: center;">Commentaires sur le prélèvement</p>
Tubes	Nbr																																												
<input type="checkbox"/> EDTA (violet) :																																													
<input type="checkbox"/> Sec (rouge) :																																													
<input type="checkbox"/> Sec à gel (jaune) :																																													
<input type="checkbox"/> Citraté (bleu) :																																													
<input type="checkbox"/> Fluoré (gris) :																																													
<input type="checkbox"/> Hép. Lith. (vert) :																																													
<input type="checkbox"/> Autres (préciser) :																																													
Pots	Nbr																																												
<input type="checkbox"/> Urines ST OU NST :																																													
<input type="checkbox"/> Urines 24h :																																													
<input type="checkbox"/> Selles :																																													
<input type="checkbox"/> Autres (préciser) :																																													
Autres	Nbr																																												
<input type="checkbox"/> PV :																																													
<input type="checkbox"/> PV Chla :																																													
<input type="checkbox"/> PV Myco :																																													
<input type="checkbox"/> PU :																																													
<input type="checkbox"/> PU Chla :																																													
<input type="checkbox"/> PU Myco :																																													
<input type="checkbox"/> Mycologie :																																													

Acheminé par : Préleveur Patient Parent Coursier labo Autre Coursier Autres.....

ZONE RESERVEE AU LABORATOIRE

<table border="1"> <tr><th colspan="2"> Réception </th></tr> <tr><td>Site</td><td></td></tr> <tr><td>Date</td><td></td></tr> <tr><td>Heure</td><td></td></tr> <tr><td colspan="2">Nom - Visa du technicien</td></tr> </table>	Réception		Site		Date		Heure		Nom - Visa du technicien		<table border="1"> <tr><th> Revue de contrat </th><th> Conformité </th><th> Dérogation Bio </th></tr> <tr><td>Ordonnance</td><td><input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC</td><td><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</td></tr> <tr><td>Préconisations patient</td><td><input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC</td><td><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</td></tr> <tr><td>Conditions de prélèvement</td><td><input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC</td><td><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</td></tr> <tr><td>Prélèvement(s) :</td><td></td><td></td></tr> <tr><td> nombre</td><td><input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC</td><td><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</td></tr> <tr><td> Conditionnement (tube, pot, etc.)</td><td><input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC</td><td><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</td></tr> <tr><td> Remplissage</td><td><input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC</td><td><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</td></tr> <tr><td> Conditions de transport (délai, T°)</td><td><input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC</td><td><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</td></tr> <tr><td> Autres :</td><td><input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC</td><td><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</td></tr> </table>	Revue de contrat	Conformité	Dérogation Bio	Ordonnance	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Préconisations patient	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Conditions de prélèvement	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Prélèvement(s) :			nombre	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Conditionnement (tube, pot, etc.)	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Remplissage	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Conditions de transport (délai, T°)	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Autres :	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<table border="1"> <tr><th colspan="2"> Nature de la NC </th></tr> <tr><td colspan="2"> Commentaires </td></tr> </table>	Nature de la NC		Commentaires	
Réception																																														
Site																																														
Date																																														
Heure																																														
Nom - Visa du technicien																																														
Revue de contrat	Conformité	Dérogation Bio																																												
Ordonnance	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non																																												
Préconisations patient	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non																																												
Conditions de prélèvement	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non																																												
Prélèvement(s) :																																														
nombre	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non																																												
Conditionnement (tube, pot, etc.)	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non																																												
Remplissage	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non																																												
Conditions de transport (délai, T°)	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non																																												
Autres :	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non																																												
Nature de la NC																																														
Commentaires																																														

- | | | | |
|---|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Anabio (0590 82 20 15) | <input type="checkbox"/> Assainissement (0590 82 53 05) | <input type="checkbox"/> Boisneuf (0590 21 29 29) | <input type="checkbox"/> Capesterre (0590 86 46 30) |
| <input type="checkbox"/> Colin (0590 82 10 08) | <input type="checkbox"/> Colomb (0590 81 46 60) | <input type="checkbox"/> Grand-Camp (0590 31 02 28) | <input type="checkbox"/> Jarry (0590 38 35 45) |
| <input type="checkbox"/> Gosier (0590 84 04 16) | <input type="checkbox"/> Marti (0590 91 29 00) | <input type="checkbox"/> Morne-À-L'Eau (0590 24 41 09) | <input type="checkbox"/> Le Moule (0590 48 15 39) |
| <input type="checkbox"/> République (0590 81 08 24) | <input type="checkbox"/> Saint-François (0590 88 59 84) | | |