

 Synergibio Laboratoire de biologie médicale	ENREGISTREMENT				<i>Etiquette</i> <i>Dossier administratif</i>
	FEUILLE DE PRESCRIPTION EXTERNE				
	Réf du document : GEN-PRE-ENR02	Version : 3.5	Approuvé par : DORVILLE Maryline	Date d'application : 2019-12-14	

☐ **URGENT**

IDENTIFICATION DU PATIENT			
Nom de naissance :		Nom marital :	
Prénoms :		Sexe : ☐ féminin ☐ Masculin	
Date de naissance :		Identité vérifiée avec un document officiel d'identité : ☐ Non ☐ Oui* <i>*Obligatoire pour les examens d'Immunobématologie : Coombs, Groupe sanguin, RAI etc.</i>	
RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS			
Adresse	N°.Rés. Bat. Rue :		Commune/ville/Pays :
	Code postal :		
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		PRELEVEUR	
Nom :		Nom :	
Prénom :		Prénom :	
Tél :		Tél :	
Fax :		Portable :	
RESULTAT	☐ au patient ☐ au Médecin ☐ à l'IDE * ☐ à faxer ☐ à Poster ☐	☐ Infirmier ☐ Médecin ☐ Sage-femme ☐ Biologiste ☐ Technicien ☐ Autre (préciser) :	
	* J'autorise le préleveur à récupérer mon résultat Signature :		

CONDITIONS DE PRELEVEMENT			
Patients		Microbiologie	
Jeûne : ☐ oui : ☐ >8h ☐ >12h ☐ Non Pathologie(s) : Traitement en cours : Médicament : obligatoire si dosage des Posologie : médicaments, TP/INR Date Heure de la dernière prise :		☐ Urines fraîches ☐ Col érythémateux ☐ Sondage vésical ☐ Pertes ☐ Sonde à demeure ☐ Ménométrorragies ☐ fièvre ☐ Autres :	
Renseignements divers		Commentaires sur le patient	
☐ Poids : ☐ DDR : ☐ Autres : ☐ DDG : terme : SA			

PRELEVEMENT – ENCHANTILLONS PRELEVES					
Tubes	Nbr	Pots	Nbr	Autres	Nbr
☐ EDTA (violet) : ☐ Sec (rouge) : ☐ Sec à gel (jaune) : ☐ Citraté (bleu) : ☐ Fluoré (gris) : ☐ Hép. Lith. (vert) : ☐ Autres (préciser) :		☐ Urines ST OU NST : ☐ Urines 24h : ☐ Selles : ☐ Autres (préciser) :		☐ PV : ☐ PV Chla : ☐ PV Myco : ☐ PU : ☐ PU Chla : ☐ PU Myco : ☐ Mycologie :	
Date : Heure : Commentaires sur le prélèvement					
Acheminé par : ☐ Préleveur ☐ Patient ☐ Parent ☐ Coursier labo ☐ Autre Coursier ☐ Autres.....					

ZONE RESERVEE AU LABORATOIRE

Réception		Revue de contrat	Conformité	Dérogation Bio	Nature de la NC Commentaires
Site		Ordonnance	☐ C ☐ NC	☐ Oui ☐ Non	
Date		Préconisations patient	☐ C ☐ NC	☐ Oui ☐ Non	
Heure		Conditions de prélèvement	☐ C ☐ NC	☐ Oui ☐ Non	
Nom - Visa du technicien		Prélèvement(s) :			
		nombre	☐ C ☐ NC	☐ Oui ☐ Non	
		Conditionnement (tube, pot, etc.)	☐ C ☐ NC	☐ Oui ☐ Non	
		Remplissage	☐ C ☐ NC	☐ Oui ☐ Non	
		Conditions de transport (délai, T°)	☐ C ☐ NC	☐ Oui ☐ Non	
		Autres :	☐ C ☐ NC	☐ Oui ☐ Non	

- | | | |
|---|--|--|
| ☐ Anabio (Tél/ : 0590 82.20.15/83.94.14) | ☐ Assainissement (Tél/fax : 0590 82.53.05/82.25.19) | ☐ Boisneuf (Tél/fax : 0590 21 29 29/91.04.57) |
| ☐ Capesterre (Tél/fax : 0590.86.46.30) | ☐ Colin (Tél/fax 0590 82.10.08/90.37.54) | ☐ Colomb (Tél/ fax : 0590 81.46.60/81.79.76) |
| ☐ Jarry (Tél/ fax : 0590 38.35.45/38.35.46) | ☐ Marti (Tél/ fax : 0590 91.29.00/91.47.05) | ☐ Morne-à-L'eau (Tél/ fax : 0590.24.41.09/24.40.61) |
| ☐ République (Tél/ fax : 0590 81.08.24/81.37.83) | | |