

# Fiche de Prélèvement Externe SANGUIN et chimie des urines

Fiche de prélèvement devant accompagner tout prélèvement biologique transmis. Bulletin officiel du ministère de la santé 2003/35 du 13 septembre 2003 en application du décret n°2002-660 du 30 Avril 2002 paru au JO du 2 mai 2002, arrêté du 20 juin 2003.

Sexe : ☐ Masculin ☐ Féminin

Nom d'usage :

Nom de famille (= naissance) :

Prénom :

Né(e) le :

Adresse :

CP : Ville :

Tél :

Etablissement de soin et N° de chambre :

☐ 100% INVD ☐ 100% ALD  
☐ Accident du travail ☐ CMU ☐ Autre :  
☐ Maternité date début et fin grossesse :

N° SS :

Caisse :

Mutuelle :

**IDENTITE VERIFIEE avec une PIECE d'identité de HAUTE CONFIANCE**  
(CNI, passeport, titre de séjour permanent, livret de famille)

## Résultats :

☐ **URGENT**

Patient : ☐ Au labo ☐ Internet → Portable : mail@ : ☐ A poster

☐ Le patient refuse que les résultats soient envoyés au DMP (Mon espace Santé)

☐ L'IDE souhaite résultats internet via SMS/internet ☐ Copie au Médecin traitant :

## Laboratoire destinataire :

Nom - Prénom Préleveur :

Date: Heure:

N° de téléphone :

Nombre de tubes prélevés :

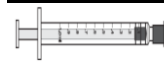
Ordre des tubes ↓

....  citrate (Bleu)  
....  sec (Rouge)  
....  sec gel (Jaune)  
....  héparine lithium (Vert)  
....  Violet  
....  Fluoré (Gris)

Chimie des urines:

 ☐ Echantillon  ☐ 24H

Gaz du Sang :

 ☐ capillaire ☐ artérielle

**Prescription :** ☐ avec le prélèvement ☐ au labo  
☐ à venir = Médecin: ☐ sans ordonnance  
Analyses prévues :

Préconisations Pré-analytiques : consulter notre manuel de prélèvement sur [axbioocean.fr](http://axbioocean.fr)

## RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

Poids (si COCKROFT): Kg A Jeun ☐ Oui ☐ Non

Traitement anticoagulant :

☐ Non ☐ Oui Nom médicament : Posologie :

Date et heure de dernière prise si dosage:

Grossesse:

Date des dernières règles : / /

RAI -> Injection anti D : ☐ Non ☐ Oui Date :

Hormonologie

Bilan thyroïdien (TSH, T4L, T3L) traitement:

D & H dernière prise :

Groupe Sanguin

(joindre copie de CNI ou passeport ou livret famille)

Antécédent de transfusion : ☐ Non ☐ Oui Date :

Dosage de Médicament

Nom : Posologie :

D & H dernière prise :

Réservé  
au Labo

\* Date réception :

\* Heure de réception :

\* Enregistré par :

Contrôle à l'étiquetage par :

CONCLUSION : ☐ REFUSE ☐ ACCEPTE ☐ NCO ou DERO/PRUD