



Fiche de liaison prélèvement sanguin

en-G-C/021v13

Penser à vérifier la date de péremption des tubes avant le prélèvement

PRELEVEUR	Nom : Qualité <i>Impératif pour les groupes sanguins/RAI:</i> ☐ IDE ☐ Médecin ☐ Autre : Téléphone :	Prélèvement	
	Prénom : Date : Heure :h..... <i>Si 2ème déter Groupe:</i>h.....		
PATIENT	NOM : Sexe ☐ H ☐ F NOM de naissance : Date de naissance : PRÉNOM : Si Groupage /RAI : <i>Le préleveur certifie avoir vérifié l'identité à partir d'un document officiel (Art 2 Arrêté du 15/05/18) - merci de fournir une pièce d'identité avec photo (CNI, passeport, titre de séjour).</i> Adresse postale : Téléphone : N° SECU : Centre SECU : Mutuelle : N°AMC/PREF : Merci de fournir IMPERATIVEMENT la copie de la carte de mutuelle pour tout nouveau patient / changement droits		
	ORDO Prescripteur : Renouvellement : ☐ OUI ☐ NON Médecin traitant : Date Ordo : Analyses prescrites (si pas de prescription) :		
RESULTATS	☐ URGENT Si le patient s'oppose à ce que ses résultats soient communiqués à l'IDE, cocher cette case ☐ Rendu au patient : ☐ Au labo ☐ A poster ☐ Email Adresse Email :		
RENSEIGNEMENTS	☐ PATIENT A JEUN ☐ NON A JEUN ☐ Grossesse ☐ Sans garrot		
	AVK : ☐ Préviscan ☐ Coumadine ☐ Sintrom Cible INR : ☐ 2 à 3 ☐ 2.5 à 3.5 ☐ 3 à 4.5		Posologie :
	Autres anticoagulants : ☐ Xarelto ☐ Pradaxa ☐ Eliquis		
	Héparines : Posologie :		H dernière prise :
	Thyroïde : ☐ Levothyrox ☐ Autre : Posologie :		
	Dosage médicament : Nom : Poso :		H dernière prise :
	Si troponine : Date du début des signes		
	Si hormonologie : Date des dernières règles :		Jour du cycle :
	Si créatinine : Poids : Taille :		
	Si Groupage / RAI, préciser si :		
	Transfusion < 4 mois : ☐ Non ☐ Oui, si oui, date :		
	Injection de Rophylac : ☐ Non ☐ Oui, si oui, date : Dose :		
Réservé au LABO	Date et heure de réception au labo : Nombre de tubes reçus : EDTA : SEC : CIT : FLUO : HEP : AUTRES :		



Fiche de liaison prélèvement sanguin

en-G-C/021v13

Penser à vérifier la date de péremption des tubes avant le prélèvement

PRELEVEUR	Nom : Qualité <i>Impératif pour les groupes sanguins/RAI:</i> ☐ IDE ☐ Médecin ☐ Autre : Téléphone :	Prélèvement	
	Prénom : Date : Heure :h..... <i>Si 2ème déter Groupe :</i>h.....		
PATIENT	NOM : Sexe ☐ H ☐ F NOM de naissance : Date de naissance : PRÉNOM : Si Groupage /RAI : <i>Le préleveur certifie avoir vérifié l'identité à partir d'un document officiel (Art 2 Arrêté du 15/05/18) - merci de fournir une pièce d'identité avec photo (CNI, passeport, titre de séjour).</i> Adresse postale : Téléphone : N° SECU : Centre SECU : Mutuelle : N°AMC/PREF : Merci de fournir IMPERATIVEMENT la copie de la carte de mutuelle pour tout nouveau patient / changement droits		
	ORDO Prescripteur : Renouvellement : ☐ OUI ☐ NON Médecin traitant : Date Ordo : Analyses prescrites (si pas de prescription) :		
RESULTATS	☐ URGENT Si le patient s'oppose à ce que ses résultats soient communiqués à l'IDE, cocher cette case ☐ Rendu au patient : ☐ Au labo ☐ A poster ☐ Email Adresse Email :		
RENSEIGNEMENTS	☐ PATIENT A JEUN ☐ NON A JEUN ☐ Grossesse ☐ Sans garrot		
	AVK : ☐ Préviscan ☐ Coumadine ☐ Sintrom Cible INR : ☐ 2 à 3 ☐ 2.5 à 3.5 ☐ 3 à 4.5		Posologie :
	Autres anticoagulants : ☐ Xarelto ☐ Pradaxa ☐ Eliquis		
	Héparines : Posologie :		H dernière prise :
	Thyroïde : ☐ Levothyrox ☐ Autre : Posologie :		
	Dosage médicament : Nom : Poso :		H dernière prise :
	Si troponine : Date du début des signes		
	Si hormonologie : Date des dernières règles :		Jour du cycle :
	Si créatinine : Poids : Taille :		
	Si Groupage / RAI, préciser si :		
	Transfusion < 4 mois : ☐ Non ☐ Oui, si oui, date :		
	Injection de Rophylac : ☐ Non ☐ Oui, si oui, date : Dose :		
Réservé au LABO	Date et heure de réception au labo : Nombre de tubes reçus : EDTA : SEC : CIT : FLUO : HEP : AUTRES :		