FICHE DE PRÉLÈVEMENT

DIV. BACT.

URGENT ☐

OUEST BIOLOGIE
Ensemble pour votre santé

L'absence de renseignements peut entrainer un refus de traitement de la demande

BIOLOR - DE-MU-A3/009-05

IDENTIFICATION DU PATIENT

NOM de naissance : .....

NOM marital ou d'usage : .....

Prénom : .....

Né(e) le : ...../...../..... ☐ H ☐ F

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Tél.: ..... Mob : .....

☐ Besoin d'étiquettes patient

☐ Carte d'identité ☐ Passeport ☐ Titre de séjour

☐ Refuse de transmettre les résultats à l'équipe de soins.

L'ASSURÉ (E)

N° DE SÉCU : .....

Nom caisse : .....

N° AMC : .....

Nom mutuelle : .....

☐ ALD ☐ AT ☐ Invalidité ☐ CMU

TRANSMISSION DES RÉSULTATS

Pour le patient

☐ Par mail : .....

☐ Poste ☐ Au laboratoire

Pour le préleveur

☐ Résultat sur serveur ☐ PAD

Identifiant : .....

PRÉLÈVEMENT

Identité du préleveur : .....

Prélèvement effectué le ...../...../..... **à** .....**h** .....

Identification obligatoire de TOUS les échantillons

Prélèvement sur milieu conservateur <2h ? ☐ OUI ☐ NON

Si non, le prélèvement a-t-il été conservé au réfrigérateur ?

☐ OUI ☐ NON

Ordonnance : ☐ jointe ☐ au laboratoire

Prélèvement pour plusieurs ordonnances : ☐ OUI ☐ NON

☐ Complément dossier précédent : .....

☐ A la demande du laboratoire non-conformité

☐ Retour ordonnance IDE

(si ≠) du prescripteur .....

Médecin traitant (si ≠) Dr .....

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

Avez-vous de la fièvre ? ☐ OUI ☐ NON **/ Si oui :** .....

Devez-vous prendre un antibiotique / antifongique ?

☐ NON ☐ OUI lequel ? : .....

☐ a été débuté avant le prélèvement : le ...../...../.....

☐ sera débuté après le prélèvement

Grossesse en cours ? ☐ NON ☐ OUI,

date de début de grossesse : ...../...../.....

Pathologie(s) associée(s) : .....

PRELEVEMENT UROGENITAL

☐ vaginal ☐ vulvaire ☐ urétral ☐ urines ☐ Autre : .....

Symptômes : ☐ brûlures / écoulements / pertes ☐ dépistage
☐ suivi grossesse ☐ contrôle après traitement
☐ autre : .....

PRELEVEMENT DE SELLES

*Si recherche de parasites dans les selles : Précisez si :

Voyage récent ? ☐ NON ☐ OUI, quel pays ? .....

*Si recherche de sang dans les selles : Précisez si :

☐ hémorroïdes ☐ sous anticoagulant ☐ période de règles

Symptômes : ☐ troubles digestifs ☐ douleurs abdominales
☐ prurit marge anale ☐ dépistage BMR/portage
☐ autre : .....

PRELEVEMENT DE PLAIE / PUS (lésion cutanée)

Préciser le type de plaie / pus : .....

Préciser la localisation : .....

Symptômes : ☐ écoulement ☐ douleur/ œdème
☐ autre : .....

PRELEVEMENT ORL (nez, gorge oreille, bouche...)

Préciser le site prélevé : .....

Symptômes : ☐ écoulement ☐ douleur/œdème ☐ dépistage
☐ allergie/asthme ☐ autre : .....

PRELEVEMENT RESPIRATOIRE

☐ expectoration/crachat ☐ autre : .....

Symptômes : ☐ toux ☐ contrôle après traitement
☐ bronchite / pneumopathie / encombrement respiratoire
☐ autre : .....

PRELEVEMENT DE LIQUIDE DE PONCTION

☐ liquide articulaire ☐ autre : .....

Symptômes : ☐ œdème / gonflement / douleur
☐ suivi après opération
☐ autre : .....

RECHERCHES SPECIFIQUES SUR PRELEVEMENT D'URINES

☐ recherche de mycobactéries / BK ☐ compte d'ADDIS / HLM
☐ recherche de schistosomes / bilharziose
☐ recherche de sang dans les urines

Symptômes : ☐ brûlures en urinant ☐ sang dans les urines
☐ autre : .....

AUTRE PRELEVEMENT

Précisez la nature du prélèvement : .....

Quels sont les symptômes ? .....

RÉSERVÉ AU LABORATOIRE

Transmetteur : .....

Réceptionné par / heure : .....

Vérifié par / heure : .....

Conformité : ☐ NON FNC/NC : .....

Type de prélèvement reçu	