



Fiche de suivi médical

MU-PVT-DEN013
Version 06
Applicable le : 28/02/2018

CADRE RESERVE AU LABORATOIRE

RECEPTION AU LABORATOIRE	Date : Heure : Initiales :
---------------------------------	--

CADRES RESERVES AU PRELEVEUR

ADMINISTRATIF	(* : MENTIONS OBLIGATOIRES) <input type="checkbox"/> Mr <input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> Enf <input type="checkbox"/> DEMANDE URGENTE
	* Nom : * Prénom :
	* Nom de naissance : * Sexe M / F * Date de naissance :/..../..
	Adresse ou service :
	Tél : <input type="checkbox"/> IDENTITE VERIFIEE AVEC PIECE OFFICIELLE (OBLIGATOIRE GROUPES/RAI)
	Numéro Sécurité Sociale/AMO :
	Nom assuré : Caisse : Mutuelle/AMC : Fin des droits :

DIFFUSION RESULTATS	Patient : <input type="checkbox"/> Labo <input type="checkbox"/> Posté <input type="checkbox"/> Kalires : (E-Mail :)
	Médecin: <input type="checkbox"/> Faxé <input type="checkbox"/> Posté <input type="checkbox"/> Tél <input type="checkbox"/> Kalires /Apicrypt (E-Mail :)
	Médecin Traitant: <input type="checkbox"/> :
	IDE (sauf avis contraire du patient): <input type="checkbox"/> Tél <input type="checkbox"/> Labo <input type="checkbox"/> Kalires (E-Mail :)
	<input type="checkbox"/> Procuration : tierce personne désignée par le patient
	Signature Patient : (à faire pour chaque demande sauf en cas d'ordonnance renouvelable)
Prochain RDV à programmer:	

PRESCRIPTION	<input type="checkbox"/> Ordonnance jointe
	<input type="checkbox"/> Renouvelable - Examen(s) à renouveler :
	<input type="checkbox"/> Absence de prescription / Examen(s) demandé(s) : Signature Patient :
	<input type="checkbox"/> Examen(s) refusé(s) : Signature Patient :
	Examen(s) en attente : <input type="checkbox"/> GPP <input type="checkbox"/> ECBU <input type="checkbox"/> Urines 24h <input type="checkbox"/> Selles

IMPORTANT	NOM DU PRELEVEUR	DATE	HEURE	NB D'ECHANTILLONS
/..../..	...h Tubes Selles Urines Autres

RENSEIGNEMENTS	Conditions de prélèvements	Conditions de prélèvement bactériologique	
	<input type="checkbox"/> JEUN <input type="checkbox"/> NON A JEÛN <input type="checkbox"/> Prélèvement difficile <input type="checkbox"/> SANS GARROT	Signes cliniques :	
	Contexte clinique	Antibiothérapie : <input type="checkbox"/> Aucun <input type="checkbox"/> En cours	
	Traitement	Nom de l'antibiotique :	
	<input type="checkbox"/> Previscan <input type="checkbox"/> Sintrom <input type="checkbox"/> Coumadine <input type="checkbox"/> MiniSintrom	Date de recueil :/..../..	
<input type="checkbox"/> Autre(s) Médicament(s) :	Heure de recueil:h		
Posologie : Cible :	Heure passage en milieu de transport:h		

CADRE RESERVE AU LABORATOIRE

ECHANTILLONS	ETIQUETTE DOSSIER	Initiales :
		Heure :
		Conformité des échantillons à la réception : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non (NC)