



Enregistrement
Fiche de transmission d'échantillons

Réf. : ENR_LABO.2014.029.

Page : 1 / 1

Application : 01/09/2019

PROCESSUS RÉALISATION \ Processus 3 - Réaliser le préanalytique

Laboratoire, Centre Hospitalier des Pays de Morlaix, Téléphone : 02 98 62 61 13 Fax : 02 98 62 69 3515 rue de Kersaint Gilly BP 97237 29672 Morlaix Cedex

Afin d'assurer au mieux la prise en charge de vos examens, merci de compléter cette fiche de transmission en y accordant une attention particulière.

IDENTIFICATION DU PATIENT

Nom : _____ ou étiquette patient Nom de jeune fille : _____
Prénom : _____ Date de naissance : _____ Sexe : M F
Adresse : _____

PRESCRIPTEUR ET CARACTERISTIQUES DE LA PRESCRIPTION

Médecin _____ Qualité : Généraliste Spécialiste : _____
Adresse _____ Date de la prescription _____
Examens demandés : _____
Envoi des résultats au médecin traitant : Oui Non
Autre(s) médecin(s) : Oui Non préciser : _____

Signature du patient :

Tampon de l'établissement
ou du préleveur

PRÉLÈVEMENT

URGENCE : Oui Non

Prélèvement effectué le _____ à _____ h
Nom / Prénom / Qualité du préleveur : _____

Nature du prélèvement sang urines autre : _____

Renseignements cliniques :

Traitement (si pertinent) : _____ Posologie _____ Poids si créatinine : _____ kg
Autres renseignements cliniques pertinents : _____

Conditions de prélèvement : à jeun non à jeun horaires respectés Autres : _____

RÉCEPTION AU LABORATOIRE

PERSONNE QUI RÉCEPTIONNE ET OBSERVATION A RÉCEPTION

Date et Heure (horodatage) :

Conformité des échantillons à la réception (Conformité du prélèvement, de la prescription, de l'acheminement) :

- OUI
 NON (dans ce cas, enregistrer une non-conformité dans le SIL)

Initiales :

Motif(s) de non-conformité :

Bien revérifier la concordance identité prescription/prélèvement

Etiquette labo

Etiquette labo

Etiquette labo

Etiquette labo

Présence de tube(s) surnuméraire(s) (TSN) :

Dans le cas d'un patient se présentant sans ordonnance, nom du biologiste médical acceptant la demande :