

PRÉLÈVEMENT SANGUIN

Préleveur :

Date :

Heure :

PATIENT

Sexe : ☐ H ☐ F

Nom de naissance :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Mail :

Téléphone :

Adresse :

*Si possible utilisez la
fiche et les étiquettes
reçues par le patient
avec ses derniers
résultats*

ASSURÉ

N° SS :

Nom + prénom :

Date de naissance :

Caisse :

100 % : ☐ INV ☐ MATER date/...../.....

☐ ALD ☐ AT. date/...../.....

Mutuelle :

N° AMC / code préfectoral / N° télétrans. :

☐ URGENT

☐ Ordonnance au laboratoire, date :

DOCUMENTS

☐ Etiquettes

RESULTATS

☐ Sur Internet -mysynlab

☐ Mail

☐ Au laboratoire

☐ A poster

☐ A transmettre au méd. traitant :

Dr.....

☐ Refus de transmission des résultats à l'infirmière

RENSEIGNEMENTS

Prélèvement	☐ non à jeun ☐ sans garrot ☐ prélèvement difficile
RAI (agglutinines irrégulières)	☐ Injection anti D (Rophylac) date :/...../..... ☐ Antécédent transfusion date :/...../..... ☐ Contexte :
Groupes sanguins / RAI / Coombs direct Bilan Préfecture	☐ Identité du patient vérifiée avec document officiel d'identité avec photo
Dosages hormonaux	Date des dernières règles :/...../.....
Dosages de médicaments	Date + Heure de la dernière prise :
Commentaires / Autres renseignements Poids :	

PARTIE RÉSERVÉE AU LABORATOIRE

VOLUME

Urines 24H

Non

Conformité

N°

Type
de tube

Heure de
réception

Initiales
déballeur

PRÉLÈVEMENT BACTÉRIOLOGIQUE

Préleveur :

Date :

Heure :

PATIENT

Sexe : ☐ H ☐ F

Nom de naissance :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Mail :

Téléphone :

Adresse :

*Si possible utilisez la
fiche et les étiquettes
reçues par le patient
avec ses derniers
résultats*

ASSURÉ

N° SS :

Nom + prénom :

Date de naissance :

Caisse :

100 % : ☐ INV ☐ MATER date/...../.....

☐ ALD ☐ AT. date/...../.....

Mutuelle :

N° AMC / code préfectoral / N° télétrans. :

PA-E-006-13

☐ URGENT

☐ Ordonnance au laboratoire, date :

DOCUMENTS

☐ Etiquettes

RESULTATS

☐ Sur Internet - mysynlab

☐ Mail

☐ Au laboratoire

☐ A poster

☐ A transmettre au méd. traitant :

☐ Refus de transmission des résultats à l'infirmière

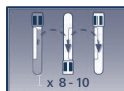
Douleurs lombaires + fièvre ☐ oui ☐ non Brûlures mictionnelles ☐ oui ☐ non Grossesse en cours ☐ oui ☐ non

Avant intervention urologique ☐ Contrôle après traitement (Antibiotique :))

Recueil spécifique : ☐ Sondage extemporané ☐ Sonde à demeure ☐ Dispositif collecteur bébé

Recueil à faire de préférence **le matin avant tout traitement antibiotique**
si possible au moins 4 Heures après la dernière miction

1. Se laver les mains puis procéder à une toilette intime minutieuse
2. Ouvrir le flacon et poser le couvercle (canule vers le haut)
3. Uriner le 1^{er} jet dans les WC puis recueillir l'urine du milieu de jet dans le flacon
4. Refermer le flacon et soulever l'étiquette.
5. Insérer le tube (bouchon vers le bas) et le maintenir appuyé jusqu'à ce que le remplissage s'arrête automatiquement. Si l'urine ne monte pas jusqu'au trait, dévisser légèrement le bouchon du flacon.
6. Retourner le tube 10 fois
7. Identifier le flacon et le tube (nom, prénom, date de naissance)
8. Déposer **le flacon + le tube + cette fiche** au laboratoire dans un délai **de 2 HEURES**.



URINES - ECBU

AUTRES

Type : ☐ PV (Grossesse en cours) : ☐ oui ☐ non ☐ Expectoration ☐ Selles

☐ Autres :

Renseignements cliniques (voyage, ATB, fièvre) :

PARTIE RÉSERVÉE AU LABORATOIRE

VOLUME

Urines 24H

Non

Conformité

N°

Type

de tube

Heure de
réception

Initiales
déballeur