



## C2 - ENR 03 Version 04

# Formulaire Fiche de transmission d'échantillons

### ENVOI DU PRELEVEMENT (à remplir par le préleveur)

#### IDENTIFICATION DU PATIENT

Nom et prénom : \_\_\_\_\_ Adresse : \_\_\_\_\_  
Nom de jeune fille : \_\_\_\_\_ Sexe :  M  F Date de naissance : \_\_\_\_\_  
Traitement : \_\_\_\_\_ Posologie \_\_\_\_\_ Poids si créatinine : \_\_\_\_\_ kg  
Dernière prise : \_\_\_\_\_  
Renseignements cliniques : \_\_\_\_\_

#### PRESCRIPTEUR ET CARACTERISTIQUE DE LA PRESCRIPTION

Voir prescription  absence de prescription (dans ce cas renseigner les informations ci-dessous)

Examens demandés en absence de prescription: \_\_\_\_\_

#### PRELEVEMENT

**Préleveur :**  
Nom : \_\_\_\_\_  
Prénom : \_\_\_\_\_  
N° tel : \_\_\_\_\_

Prélèvement effectué le \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_ h Nombre d'échantillons \_\_\_\_\_

Nature :  sang  urines  autres : \_\_\_\_\_

Conditions de prélèvement :  à jeun  non à jeun  Autres : \_\_\_\_\_

#### ENVOI DES RESULTATS

Destinataire	Résultats
<input type="checkbox"/> Patient	<input type="checkbox"/> à poster <input type="checkbox"/> à garder
<input type="checkbox"/> Médecin	<input type="checkbox"/> à poster <input type="checkbox"/> à téléphoner <input type="checkbox"/> à faxer

### RECEPTION AU LABORATOIRE (à remplir par le LBM)

#### PERSONNE QUI RECEPTIONNE ET OBSERVATION A RECEPTION

Nom : \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_ Heure \_\_\_\_\_

Nature :  sang  urines  autres : \_\_\_\_\_

Conformité des échantillons à la réception :  oui  non (dans ce cas remplir ci-dessous)

- ❖ Concordance des échantillons et documents transmis et reçus  non
- ❖ Intégrité de l'emballage :  non
- ❖ Respect du délai de transmission :  non
- ❖ Conformité de l'étiquetage :  non
- ❖ Respect de la température de transmission :  non
- ❖ Conformité des dates de péremptions des contenants  non : contenant(s) concerné(s) :

Autres remarques du laboratoire concernant l'échantillon transmis : \_\_\_\_\_