#### FICHE DE SUIVI MEDICAL

MUL-PRE-TRA002v001

# *Mise en application : 23/01/2023*

# PATIENT

# Nom de naissance : Prénom :

**Nom d’usage :** **Date de naissance :**

**N° Sécurité Sociale : Mutuelle :**

**Sexe :** 🞎 F 🞎M

Adresse :

🞏 ***Identité vérifiée avec document officiel d’identité comportant une photographie ou bracelet d’identification pour patient hospitalisé (Obligatoire pour Groupe/RAI/Coombs)***

**Rendu des résultats (attention 1 seule réponse possible) :**

🞏 par courrier 🞏 au laboratoire 🞏 par internet \*

**\* adresse mail : ……………………………………………………………………………………...**

**\* N° de téléphone portable :**

**Résultats**: **🞏 Urgents**

🞏 A faxer n°: 🞏 A téléphoner n° :

🞏Le patient s’oppose à la communication de ses résultats au préleveur

# RENSEIGNEMENTS CLINIQUES et/ou THERAPEUTIQUES

- Patient à jeun : oui🞏 non🞏

- Poids (pour la clairance de la créatinine) :

-Traitement : nom des médicaments/posologie, heure de la prise/ injection:

- Date des dernières règles : Age de la grossesse :

🞏 Transfusions antérieures : Date :

🞏 Injection d’Anti D (Rhophylac) : Date : Dosage :

- Renseignements cliniques / pathologie connue :

# PRELEVEMENT

Nom du préleveur : Téléphone :

Date du prélèvement : Heure du prélèvement :

Nombre de flacons : Nature : 🞏 sang 🞏 urine

Les informations recueillies font l’objet d’un traitement automatisé à des fins de gestion du laboratoire d’analyse médicale. Si vous souhaitez exercer l’un quelconque de vos droits Informatique et libertés, veuillez contacter le Délégué à la protection des données du SHAB.

#### 

#### FICHE DE SUIVI MEDICAL

MUL-PRE-TRA002v001

# *Mise en application : 23/01/2023*

# PATIENT

# Nom de naissance : Prénom :

**Nom d’usage :** **Date de naissance :**

**N° Sécurité Sociale : Mutuelle :**

**Sexe :** 🞎 F 🞎M

Adresse :

🞏 ***Identité vérifiée avec document officiel d’identité comportant une photographie ou bracelet d’identification pour patient hospitalisé (Obligatoire pour Groupe/RAI/Coombs)***

**Rendu des résultats (attention 1 seule réponse possible) :**

🞏 par courrier 🞏 au laboratoire 🞏 par internet \*

**\* adresse mail : ……………………………………………………………………………………...**

**\* N° de téléphone portable :**

**Résultats**: **🞏 Urgents**

🞏 A faxer n°: 🞏 A téléphoner n° :

🞏Le patient s’oppose à la communication de ses résultats au préleveur

# RENSEIGNEMENTS CLINIQUES et/ou THERAPEUTIQUES

- Patient à jeun : oui🞏 non🞏

- Poids (pour la clairance de la créatinine) :

-Traitement : nom des médicaments/posologie, heure de la prise/ injection:

- Date des dernières règles : Age de la grossesse :

🞏 Transfusions antérieures : Date :

🞏 Injection d’Anti D (Rhophylac) : Date : Dosage :

- Renseignements cliniques / pathologie connue :

# PRELEVEMENT

Nom du préleveur : Téléphone :

Date du prélèvement : Heure du prélèvement :

Nombre de flacons : Nature : 🞏 sang 🞏 urine

Les informations recueillies font l’objet d’un traitement automatisé à des fins de gestion du laboratoire d’analyse médicale. Si vous souhaitez exercer l’un quelconque de vos droits Informatique et libertés, veuillez contacter le Délégué à la protection des données du SHAB.