



## FICHE DE TRANSMISSION ET DE SUIVI MÉDICAL

PRELEVEUR	Nom et prénom : .....	<input type="checkbox"/> Majoration Acte Unique (MAU)      Indemnité Forfaitaire de déplacement : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Km : .....
	Date de prélèvement : ..... / ..... / .....      Heure de prélèvement : ..... h .....	
IDENTIFICATION DU PATIENT	Nom d'usage du patient : .....      Prénom : .....	Code-barres laboEtiquette 
	Nom de naissance : ..... Date de naissance : .....	
	Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
	Accord du patient pour l'analyse NON remboursée : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Adresse : .....		
Code postal : .....      Ville : .....		
<b>Pour la création automatique du compte internet :</b> Tel portable : .....		
Adresse mail : ..... @ .....		
N° sécurité Sociale : .....      Centre : .....      Ville : .....		
Mutuelle : .....      N° Télétrans/AMC/Préfectoral : .....		
<b>Si le Patient n'est pas l'Assuré :</b> ASSURÉ : Nom, Prénom : .....		
DDN : ..... / ..... / .....      N°SS : ..... / .....		
RENSEIGNEMENTS CLINIQUES	<input type="checkbox"/> Bilan urgent	<b>Contexte clinique :</b>  Merci de cocher au verso de cette feuille  
	<input type="checkbox"/> A jeun <input type="checkbox"/> Non à jeun    Poids : ..... kg	
	Date des dernières règles : ..... / ..... / ..... (Si test de grossesse ou bilan hormonal)	
	<b>Traitement en cours :</b> Nom du médicament : ..... Posologie : ..... Dernière prise : Date : ..... / ..... / ..... Heure : .....	
<input type="checkbox"/> Voir la prescription jointe <b>OU</b> <b>ORDONNANCE</b>		
<input type="checkbox"/> Renouvellement de la prescription (ordo au labo)		Date de prescription : ..... / ..... / .....
<input type="checkbox"/> Absence d'ordonnance : Prescripteur		<i>Tampon et signature obligatoires du prescripteur</i>
<b>Examens demandés :</b>		
PRESCRIPTION		
GROUPE SANGUIN / RAI	<b>Vérification obligatoire de l'identité :</b> <input type="checkbox"/> Carte d'identité <input type="checkbox"/> Passeport <input type="checkbox"/> Titre de séjour	
	<input type="checkbox"/> 1 <sup>ère</sup> détermination <input type="checkbox"/> 2 <sup>ème</sup> détermination	
Transfusion de moins de 4 mois ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Nom et prénom de la mère : ..... (pour un enfant de moins de 6 mois)		
RAI : Date d'injection gammaglobulines (Rhophylac) ..... / ..... / .....		
PRELEVEMENT	<b>Réception prélèvement :</b> (Partie réservée au laboratoire)	
	Prélèvement reçu par : .....      Date : ..... / ..... / .....      Heure : ..... h .....	
	Nb tubes sang : ..... Citrate / ..... Sec / ..... Héparine / ..... EDTA / ..... Fluor	
	Nb tubes urines : .....      Autres : .....	
Prélèvement conforme : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
RESULTATS	<b>Transmission des résultats :</b> <input type="checkbox"/> Médecin traitant : ..... <input type="checkbox"/> IDE	
	<input type="checkbox"/> Autre médecin : ..... <input type="checkbox"/> Pharmacie	
	<input type="checkbox"/> Télétransmission : <input type="checkbox"/> Tél : ..... <input type="checkbox"/> Fax : .....	
	<input type="checkbox"/> Courrier	
		Signature du patient



## FICHE DE TRANSMISSION ET DE SUIVI MÉDICAL

PRELEVEUR	Nom et prénom : .....	<input type="checkbox"/> Majoration Acte Unique (MAU)      Indemnité Forfaitaire de déplacement : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Km : .....
	Date de prélèvement : ..... / ..... / .....      Heure de prélèvement : ..... h .....	
IDENTIFICATION DU PATIENT	Nom d'usage du patient : .....      Prénom : .....	Code-barres laboEtiquette 
	Nom de naissance : ..... Date de naissance : .....	
	Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
	Accord du patient pour l'analyse NON remboursée : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Adresse : .....		
Code postal : .....      Ville : .....		
<b>Pour la création automatique du compte internet :</b> Tel portable : .....		
Adresse mail : ..... @ .....		
N° sécurité Sociale : .....      Centre : .....      Ville : .....		
Mutuelle : .....      N° Télétrans/AMC/Préfectoral : .....		
<b>Si le Patient n'est pas l'Assuré :</b> ASSURÉ : Nom, Prénom : .....		
DDN : ..... / ..... / .....      N°SS : ..... / .....		
RENSEIGNEMENTS CLINIQUES	<input type="checkbox"/> Bilan urgent	<b>Contexte clinique :</b>  Merci de cocher verso de cette feuille  
	<input type="checkbox"/> A jeun <input type="checkbox"/> Non à jeun    Poids : ..... kg	
	Date des dernières règles : ..... / ..... / ..... (Si test de grossesse ou bilan hormonal)	
	<b>Traitement en cours :</b> Nom du médicament : ..... Posologie : ..... Dernière prise : Date : ..... / ..... / ..... Heure : .....	
<input type="checkbox"/> Voir la prescription jointe <b>OU</b> <b>ORDONNANCE</b>		
<input type="checkbox"/> Renouvellement de la prescription (ordo au labo)		Date de prescription : ..... / ..... / .....
<input type="checkbox"/> Absence d'ordonnance : Prescripteur		<i>Tampon et signature obligatoires du prescripteur</i>
<b>Examens demandés :</b>		
PRESCRIPTION		
GROUPE SANGUIN / RAI	<b>Vérification obligatoire de l'identité :</b> <input type="checkbox"/> Carte d'identité <input type="checkbox"/> Passeport <input type="checkbox"/> Titre de séjour	
	<input type="checkbox"/> 1 <sup>ère</sup> détermination <input type="checkbox"/> 2 <sup>ème</sup> détermination	
Transfusion de moins de 4 mois ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Nom et prénom de la mère : ..... (pour un enfant de moins de 6 mois)		
RAI : Date d'injection gammaglobulines (Rhophylac) ..... / ..... / .....		
PRELEVEMENT	<b>Réception prélèvement :</b> (Partie réservée au laboratoire)	
	Prélèvement reçu par : .....      Date : ..... / ..... / .....      Heure : ..... h .....	
	Nb tubes sang : ..... Citrate / ..... Sec / ..... Héparine / ..... EDTA / ..... Fluor	
	Nb tubes urines : .....      Autres : .....	
Prélèvement conforme : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
RESULTATS	<b>Transmission des résultats :</b> <input type="checkbox"/> Médecin traitant : ..... <input type="checkbox"/> IDE	
	<input type="checkbox"/> Autre médecin : ..... <input type="checkbox"/> Pharmacie	
	<input type="checkbox"/> Télétransmission : <input type="checkbox"/> Tél : ..... <input type="checkbox"/> Fax : .....	
	<input type="checkbox"/> Courrier	
		Signature du patient

# FICHE DE TRANSMISSION ET DE SUIVI MÉDICAL

Merci de bien vouloir compléter les renseignements ci-dessous.

<b>MOTIF</b>	<input type="checkbox"/> Assurance	<input type="checkbox"/> Alimentaire	<input type="checkbox"/> Bilan santé	<input type="checkbox"/> Bilan Diagnostic
	<input type="checkbox"/> Médecine du travail	<input type="checkbox"/> Pré-opératoire	<input type="checkbox"/> Scanner/Radio	<input type="checkbox"/> Suivi Traitement

<b>Signes généraux</b>	<input type="checkbox"/> Adénopathie	<input type="checkbox"/> Asthénie	<input type="checkbox"/> Céphalées	<input type="checkbox"/> Douleurs abdominales
	<input type="checkbox"/> Douleurs musculaires	<input type="checkbox"/> Douleurs thoraciques	<input type="checkbox"/> Fièvre/Frisson	<input type="checkbox"/> Nausées - Vomissements

## Contexte clinique / diagnostic

<b>Allergie</b>	<input type="checkbox"/> Saisonnière <input type="checkbox"/> Per annuelle	<b>Néphrologie Urologie</b>	<input type="checkbox"/> Greffe <input type="checkbox"/> Hématurie <input type="checkbox"/> Insuffisance rénale <input type="checkbox"/> Néphropathie <input type="checkbox"/> Œdèmes des membres inférieurs
<b>Cardio vasculaire</b>	<input type="checkbox"/> Coronaropathie - IDM <input type="checkbox"/> Dyslipidémie <input type="checkbox"/> Embolie pulmonaire - Phlébite <input type="checkbox"/> Endocardite <input type="checkbox"/> HTA		<b>Oncologie</b>
<b>Endocrinologie</b>	<input type="checkbox"/> Diabète <input type="checkbox"/> Dysthyroïdie	<b>Pneumologie</b>	<input type="checkbox"/> BPCO <input type="checkbox"/> Mucoviscidose <input type="checkbox"/> Pneumopathie
<b>Fertilité</b>	<input type="checkbox"/> AMP <input type="checkbox"/> Contraception <input type="checkbox"/> Diagnostic - Suivi de grossesse <input type="checkbox"/> GEU - FSC - Contexte infectieux <input type="checkbox"/> Ménopause	<b>Rhumatologie Neurologie</b>	<input type="checkbox"/> Arthralgie - Myalgie <input type="checkbox"/> Goutte <input type="checkbox"/> Lyme, SEP, PR <input type="checkbox"/> Ostéoporose <input type="checkbox"/> Paraplégie - Paralyse
<b>Hématologie</b>	<input type="checkbox"/> Anémie <input type="checkbox"/> Leucémie - Lymphome <input type="checkbox"/> Myélome <input type="checkbox"/> Suivi hémopathie <input type="checkbox"/> Thrombopénie <input type="checkbox"/> Troubles de la coagulation		

## Examens microbiologiques

<b>ECBU</b>	<input type="checkbox"/> Signes fonctionnels : brûlure ou douleurs en urinant, envies fréquentes d'uriner, sang dans les urines. <input type="checkbox"/> Fièvre. <input type="checkbox"/> Bilan pour pathologie urologique : pré-opératoire, port d'une sonde JJ, avant cystoscopie.	<b>Traitement antibiotique en cours</b>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, lequel ? ..... Depuis quand ?.....
		<b>Grossesse :</b>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	<u>Modalités de prélèvement :</u>	<b>Coproculture Parasitologie des selles</b>	<input type="checkbox"/> Diarrhées : Autre cas dans l'entourage : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Voyage : date : ..... destination : .....
	<input type="checkbox"/> Urines du 2 <sup>e</sup> Jet  <input type="checkbox"/> Urines du 1 <sup>er</sup> Jet <input type="checkbox"/> Sondage évacuateur, aller-retour – autosondage <input type="checkbox"/> Sonde à demeure <input type="checkbox"/> Poche Urinaire (nouveau né) <input type="checkbox"/> Etui pénien (peniflow)	<b>PV</b>	<input type="checkbox"/> Douleurs pelviennes <input type="checkbox"/> Recherche MST <input type="checkbox"/> Pertes gynécologiques <input type="checkbox"/> Prurit vulvaire <input type="checkbox"/> Port d'un stérilet ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

<b>Autres</b>	..... ..... .....
---------------	-------------------------

# FICHE DE TRANSMISSION ET DE SUIVI MÉDICAL

Merci de bien vouloir compléter les renseignements ci-dessous.

<b>MOTIF</b>	<input type="checkbox"/> Assurance	<input type="checkbox"/> Alimentaire	<input type="checkbox"/> Bilan santé	<input type="checkbox"/> Bilan Diagnostic
	<input type="checkbox"/> Médecine du travail	<input type="checkbox"/> Pré-opératoire	<input type="checkbox"/> Scanner/Radio	<input type="checkbox"/> Suivi Traitement

<b>Signes généraux</b>	<input type="checkbox"/> Adénopathie	<input type="checkbox"/> Asthénie	<input type="checkbox"/> Céphalées	<input type="checkbox"/> Douleurs abdominales
	<input type="checkbox"/> Douleurs musculaires	<input type="checkbox"/> Douleurs thoraciques	<input type="checkbox"/> Fièvre/Frisson	<input type="checkbox"/> Nausées - Vomissements

## Contexte clinique / diagnostic

<b>Allergie</b>	<input type="checkbox"/> Saisonnière <input type="checkbox"/> Per annuelle	<b>Néphrologie Urologie</b>	<input type="checkbox"/> Greffe <input type="checkbox"/> Hématurie <input type="checkbox"/> Insuffisance rénale <input type="checkbox"/> Néphropathie <input type="checkbox"/> Œdèmes des membres inférieurs
<b>Cardio vasculaire</b>	<input type="checkbox"/> Coronaropathie - IDM <input type="checkbox"/> Dyslipidémie <input type="checkbox"/> Embolie pulmonaire - Phlébite <input type="checkbox"/> Endocardite <input type="checkbox"/> HTA		<b>Oncologie</b>
<b>Endocrinologie</b>	<input type="checkbox"/> Diabète <input type="checkbox"/> Dysthyroïdie	<b>Pneumologie</b>	<input type="checkbox"/> BPCO <input type="checkbox"/> Mucoviscidose <input type="checkbox"/> Pneumopathie
<b>Fertilité</b>	<input type="checkbox"/> AMP <input type="checkbox"/> Contraception <input type="checkbox"/> Diagnostic - Suivi de grossesse <input type="checkbox"/> GEU - FSC - Contexte infectieux <input type="checkbox"/> Ménopause	<b>Rhumatologie Neurologie</b>	<input type="checkbox"/> Arthralgie - Myalgie <input type="checkbox"/> Goutte <input type="checkbox"/> Lyme, SEP, PR <input type="checkbox"/> Ostéoporose <input type="checkbox"/> Paraplégie - Paralyse
<b>Hématologie</b>	<input type="checkbox"/> Anémie <input type="checkbox"/> Leucémie - Lymphome <input type="checkbox"/> Myélome <input type="checkbox"/> Suivi hémopathie <input type="checkbox"/> Thrombopénie <input type="checkbox"/> Troubles de la coagulation		

## Examens microbiologiques

<b>ECBU</b>	<input type="checkbox"/> Signes fonctionnels : brûlure ou douleurs en urinant, envies fréquentes d'uriner, sang dans les urines. <input type="checkbox"/> Fièvre. <input type="checkbox"/> Bilan pour pathologie urologique : pré-opératoire, port d'une sonde JJ, avant cystoscopie.	<b>Traitement antibiotique en cours</b>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, lequel ? ..... Depuis quand ?.....
		<b>Grossesse :</b>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	<u>Modalités de prélèvement :</u>	<b>Coproculture Parasitologie des selles</b>	<input type="checkbox"/> Diarrhées : Autre cas dans l'entourage : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Voyage : date : ..... destination : .....
	<input type="checkbox"/> Urines du 2 <sup>e</sup> Jet  <input type="checkbox"/> Urines du 1 <sup>er</sup> Jet <input type="checkbox"/> Sondage évacuateur, aller-retour – autosondage <input type="checkbox"/> Sonde à demeure <input type="checkbox"/> Poche Urinaire (nouveau né) <input type="checkbox"/> Etui pénien (peniflow)	<b>PV</b>	<input type="checkbox"/> Douleurs pelviennes <input type="checkbox"/> Recherche MST <input type="checkbox"/> Pertes gynécologiques <input type="checkbox"/> Prurit vulvaire <input type="checkbox"/> Port d'un stérilet ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

<b>Autres</b>	..... ..... .....
---------------	-------------------------