

| | | |
|---|---|----------------------------------|
|  | Pré analytique Le manuel de prélèvement Chapitre 2 La bonne prescription | LABO-PREL-MO-002 Version 10 |
| | | Date d'application 05-01-2024 |

| DESTINATAIRE(S) (Fonction ou nom) |
|--|
| Biologistes médicaux Cadres de santé Directeur coordonnateur des soins Directrice de l'établissement Infirmiers diplômés d'Etat Médecins Président du CLIN et membres du CLIN Sages- femmes Secrétaires de laboratoire Techniciens de laboratoire |

| ACTION | RESPONSABLE | DATE | SIGNATURE |
|---------------------|--|------------|---|
| | Prénom - Nom –Fonction | | |
| Rédaction | Anne-Marie HILLION –Responsable qualité-TQ | 20-02-2023 |  |
| Vérification | Marie Noëlle Langlois- Secrétaire | 20-02-2023 |  |
| Approbation | Alizé Mina-Cadre de santé | 22-12-2023 |  |
| | Marie DELPECH- Biologiste Responsable | 22-12-2023 |  |

Seule la version électronique fait foi

Objet et domaine d'application

Ce mode opératoire décrit les modalités pour réaliser une prescription conforme. Il s'applique à tout le personnel soignant habilité à la prescription ainsi qu'au personnel du laboratoire qui doit établir la conformité de la prescription pour valider la conformité du prélèvement.

Responsabilité

- Les prescriptions sont établies par le personnel habilité à le faire.
- Les examens de biologie médicale sont réalisés sous la responsabilité des biologistes médicaux (Art. L. 6211-7 et 6211-15 ordonnance).
- L'engagement à respecter les exigences du manuel de prélèvement est contractualisé avec la Direction de l'établissement, la Direction des soins de l'établissement, les services de soins.
- Le Directeur de l'établissement veille à leur application.
- Les responsabilités s'appuient sur les règles de fonctionnement définies en concertation entre les secteurs d'activités cliniques et le laboratoire de biologie médicale (cf. Manuel de certification HAS V2010 avril 2011).
- Le personnel soignant s'engage à respecter les exigences du laboratoire, spécifiées dans le manuel de prélèvement rédigé et mis à jour par le biologiste-responsable du laboratoire.
- Le biologiste responsable s'engage à tenir à jour le manuel de prélèvement.

Références



Norme NF EN ISO 15189- Laboratoire de Biologie médicale-Exigences concernant la qualité et la compétence-2012

SH REF 02- Recueil des exigences spécifiques pour l'accréditation des laboratoires de biologie médicale.

SH GTA 01- Guide technique d'accréditation en biologie médicale.

Annales de Biologie Clinique 2010- Recommandations pour l'accréditation des laboratoires de biologie médicale-hors série n°1-Phase pré analytique- Analytique.

Code de santé publique L6211-8 modifié par l'ordonnance du 13/01/2011

HAS Manuel de certification des établissements de santé V2010– avril 2011
Référence 21 « La prise en charge des analyses, prélèvements et transmission des résultats »
Critère 21-a « Prescription d'analyses, prélèvement et transmission des résultats »

Ordonnance n° 2010-49 du 13 janvier 2010 relative à la biologie médicale.

Décret n° 2016-46 du 26 janvier 2016 relatif à la biologie médicale.

| Version | Date | Modifications |
|---------|-------------|--|
| 1 | 29/10/2007 | Création: « Quelques recommandations » |
| 2 | 07/10/2011 | Mise en conformité selon la norme 15189 |
| 3 | 16/04/2013 | Mise à jour des référentiels Ajout de la signature du prescripteur pour les ordonnances Mise en place de la fiche de suivi médical Ajout d'examen = prescription sur formulaire spécifique |
| 4 | 09 /10/2014 | Mise à jour du référentiel Pour un rajout d'analyses, aucune demande orale ne sera acceptée. Utiliser le bon de rajout |
| 5 | 10/12/2015 | Mise à jour du référentiel Ajout des nouveaux bons <ul style="list-style-type: none"> • Bon jaune-« bon de demande en urgence d'analyses sanguines» • Bon vert – « Bon de demande d'analyses de microbiologie » • Bon rose-« Bon de demande d'analyses urinaires » • Nouvelle fiche de suivi médical • Nouveau bon de rajout |
| 6 | 02/01/2017 | Ajout Décret n° 2016-46 Ajout des modalités en cas d'urgence vitale Ajout de la fiche de suivi médical –prélèvement urinaire et microbiologique |
| 7 | 07/01/2019 | Modification du délai de rendu des hémocultures dans l'exemple. Ajout au niveau du bon rose de l'obligation du renseigner le service. Mise à jour de la fiche de suivi médical sanguin et de la feuille de rajout d'analyses. |
| 8 | 31/12/2019 | Mise à jour de la fiche de rajout d'examen V4 en v5. Mise à jour avec les nouveaux biologistes. Mise à jour avec la nouvelle fiche de suivi médical- V7 |
| 9 | 27-01-2022 | Ajout du nouveau bon « COVID » et utilisation de ce bon. Mise à jour du bon de rajout V6 |

| | | |
|----|------------|--|
| 10 | 05-01-2024 | Ajout de la poche rouge pour les gazométries de bébé |
|----|------------|--|

1-Les divers types de bons de demande du CHCP:



Bons blancs = Bon de demande d'analyses sanguines = Examens non urgents

- Cocher le bilan souhaité



Bons jaunes = Bon de demande en urgence d'analyses sanguines

Cocher :

- Soit le bilan souhaité, **préciser la raison de l'urgence (renseignements cliniques)**
- ou si nécessaire, **cibler les analyses prioritaires. Coche par paramètres.** Si un paramètre est plus urgent que les autres, l'indiquer sur le bon **(+++)**.

En cas d'un **bilan avec urgence vitale**, avertir le laboratoire pour que celui-ci s'organise au mieux et mettre le bon jaune dans une poche de transport rouge. (Uniquement service des urgences)

Bons jaunes + poche rouge = urgence vitale



+



Il sera prioritaire au niveau du laboratoire et sera traité immédiatement.



La poche rouge est utilisée aussi par la maternité pour l'envoi des **gazométries de bébé** afin d'être pris en charge en priorité.



Bons verts = Bon de demande d'analyses de microbiologie :

- Cocher les renseignements cliniques généraux **-Obligatoire**

Ne pas oublier de remplir la présence ou l'absence du traitement antibiotique **-Obligatoire**

- Cocher le prélèvement souhaité.

Cocher les renseignements cliniques spécifiques au prélèvement.

S'il y a plusieurs prélèvements d'origine différente (ex: expectoration et hémoculture), utiliser obligatoirement un bon vert par prélèvement, car le délai de rendu des résultats n'est pas le même selon le prélèvement. (Ex. 48 H pour une expectoration et 5 Jours en cas d'hémoculture stérile).



Bon rose= Bon de demande d'analyses urinaires

- Cocher les analyses urinaires souhaitées.
- Renseigner les renseignements cliniques-**Obligatoire** sauf analyse de biochimie.
- Renseigner la diurèse en cas d'analyse de biochimie urinaire.



Bon Blanc COVID= Bon de demande spécifique au COVID

- Cocher l'analyse souhaitée
- Noter obligatoirement les coches signalées par une *.
- Noter les autres renseignements cliniques en cochant les bonnes réponses.

2- Remplissage conforme d'un bon de demande du CHCP

- **Utiliser un stylo à bille noir ou bleu.**

- **Ecrire de manière lisible.**

- **Ne pas utiliser de photocopie de bons**, le code barre du haut et les pointillés des cotés sont des repères pour scanner les bons.



L'utilisation d'une **encre rouge** ou **verte** ne permet pas la lecture du bon.

Veillez ne pas **empiéter sur les bandes en pointillées le long des bons** sinon « lecture impossible ».

-Renseignements obligatoires :

- l'identification du service
- l'identification du prescripteur
- l'identification du préleveur
- la date et l'heure de prélèvement
- l'identification du patient : étiquette Pastel de préférence

Sauf cas particulier patient « sous X », « plan blanc » voir procédure interne du centre hospitalier.

- Les renseignements cliniques

Les renseignements cliniques **pertinents** pour la réalisation des analyses et la validation des résultats, doivent être **obligatoirement** renseignés sur le bon de demande au niveau de l'encadré « renseignements » ou dans les cases pré- définies.

Vous disposez du catalogue Exabio pour le type de renseignement à donner en fonction de l'analyse ainsi que le chapitre 5 du manuel de prélèvement « Les bons renseignements ».



Ne pas oublier la présence ou l'absence des anticoagulants pour les prescriptions d'hémostase et les renseignements cliniques et thérapeutiques indispensables à la bonne prise en charge des patients.

3-Modèles de remplissage conformes

1

Bloc dans les 3h

Signifie que le patient part au bloc pour une intervention immédiate. Le second prélèvement permettant d'établir la carte de groupe sanguin est prélevé à la suite du bilan pré op. Le biologiste est prévenu pour valider la carte de groupe dès que la 2^{ème} détermination est reçue.

2

Bloc différé

Signifie que la carte de groupe sanguin sera réalisée dans les 12h et validée à la suite. La carte de groupe sanguin sera réalisée lorsque la 2^{ème} détermination sera reçue.

3

Groupe sanguin- Transfusion dans les 8h

Signifie que le médecin a rédigé une prescription de **Produits Sanguins Labiles (PSL)** pour que le patient soit transfusé.

Le prescripteur vérifie le statut immuno hématologique du patient :

1/ Le patient a **2 déterminations de groupe et une RAI < 72h**. Commande de PSL sans groupe sanguin.

2/ Le patient a **2 déterminations de groupe et une RAI > 72h**. Prescription d'une RAI. Réalisation de la RAI par le laboratoire dans les 2h. Validation en urgence par un biologiste.

3/ Le patient a **1 détermination de groupe et/ou RAI >72h**. Prescription d'un groupe et/ou d'une RAI. Réalisation d'un groupe et /ou d'une RAI par le laboratoire dans les 2h. Validation de la carte de groupe en urgence par un biologiste.

4/ Le patient **n'a aucune détermination de groupe et de résultats de RAI**. Réalisation immédiate dans les 2 heures de la carte de groupe avec 2 prélèvements différents et 1 RAI avec validation en urgence par 1 biologiste.

Identification du service
Obligatoire

Identification patient : étiquette pastel
Obligatoire

Identification du prescripteur
Obligatoire

Cocher les renseignements obligatoires notés avec *
Obligatoire

Noter le contexte, les renseignements cliniques et thérapeutiques

Noter l'analyse voulue
Obligatoire

Service : _____

Etiquette Patient _____ N° Labo _____

OP : _____ Laboratoire
Tél : 05 42 00 44 50
F. BRALO - M. DELPECH - C. COUAT-BEYRIES
C. SEMA - V. VALLIS

BON DE DEMANDE D'ANALYSES SANGUINES COVID
Ecouvillon _____ Pot _____ V4 2021-12

Prescripteur [] [] [] [] [] [] Prélèveur [] [] [] [] [] [] [] [] [] []
Labo Conf [] Labo U []
Labo NC []

Date de Prél. [] [] / [] [] / [] [] Heure [] [] : [] []

Renseignements obligatoires *

Numéro de téléphone du patient * _____

Mati du patient * _____

Pays de résidence France Espagne Royaume-Uni

Lieu de résidence actuel * Hébergement individuel Hospitalisé EHPAD
 Milieu carcéral Autre structure collective Non précisé

Retour de l'étranger il y a - de 15j Oui : pays _____ Non

Professionnel de santé * Oui Non Indéterminé

Apparition des premiers symptômes * asymptomatique la veille ou le jour du prélèvement
 2 à 4 jours avant le prélèvement 5 à 7 jours avant le prélèvement
 8 à 14 jours avant le prélèvement 15 à 28 jours avant le prélèvement
 plus de 4 semaines avant le prélèvement ne sait pas

Contexte de recherche Patient avec symptômes évocateurs Suivi COVID Contact avec un cas confirmé
 Avant transfert ou sortie Grossesse Recherche immunité
 Bien pré-opératoire Dialyse

Signes cliniques Fièvre SDRA Parle d'odorat
 Signes respiratoires Signes digestifs Patient asymptomatique
 Syndrome grippal Signes cutanés Autre

Scanner évocateur Oui Non Ne sait pas

Antécédents COVID RT-PCR Déjà réalisée Jamais réalisée
Résultat RT-PCR Positif Négatif
Vaccination grippe Réalisée Non réalisée
Maladie auto-immune Présence Absence
Traitement immunosuppresseur En cours Absence
Chimiothérapie En cours Absence
Vaccination COVID Réalisée Non réalisée

Analyse demandée

Recherche de SARS-CoV2 + grippe + VRS par RT-PCR sur Elite Ingenius
 Recherche de SARS-CoV2, test VITA PCR réalisé au CHCP
 Recherche de SARS-CoV2 par RT-PCR au CHU de Toulouse
 PANEL FilmArray induisant SARS-CoV2 par RT-PCR au CHCP en urgence
 Sérologie SARS-CoV2 IgG - IgM

Type de prélèvement pour la RT-PCR Naso-pharyngé ECBC Aspiration bronchique
 Aspiration trachéale LBA

Autres analyses sanguines : _____ Renseignements : _____

Identification préleveur, date et heure de prélèvement.
Obligatoire

4- Rajout d'analyse

Tout rajout d'analyse doit être fait dans les délais préconisés par le laboratoire en fonction des analyses et par écrit.

Ces délais sont indiqués dans EXABIO dans chaque fiche d'analyse.

CRP / Protéine C Réactive

NATURE DE L'ÉCHANTILLON : Sang
CONTENANT : Tube hépariné avec gel
CONDITIONS PARTICULIÈRES :

ACHEMINEMENT AU LABORATOIRE :
RÉALISABLE EN PDS : Oui
FRÉQUENCE ET DÉLAI DE RÉALISATION :

EXAMEN SOUS-TRAITÉ : Non

CODE LABORATOIRE : CRP

DÉLAI DE RAJOUT : 3 jours

MÉTHODE :

COTATION :



Manuel de prélèvement-Chapitre 11-« Les bonnes conditions de rajout d'analyses»



Ce rajout qui est une prescription est obligatoirement fait sur le bon spécifique « rajout d'examen en biologie médicale ».



Exemplaire page 14.



Aucun rajout oral n'est accepté par le laboratoire. Il convient de remplir le bon de rajout.

Celui-ci est faxé au laboratoire si la demande est urgente (après avoir prévenu le laboratoire par téléphone) ou porté au laboratoire lors du dépôt des prochains bilans.

5- Les ordonnances

Renseignements obligatoires sur l'ordonnance:

- Identification du prescripteur
- Date de la prescription
- Identification du patient : nom de naissance, prénom, nom d'usage, date de naissance, sexe.
- Analyses prescrites
- Type d'échantillon primaire, le cas échéant. (sang, urines...)
- La signature du prescripteur.

Cette ordonnance doit être accompagnée de la **fiche de suivi médical externe** pour compléter les renseignements nécessaires à la bonne prise en charge du patient. Elle doit être remplie par le préleveur. Il doit obligatoirement renseigner :

- Son nom,
- La date et l'heure du prélèvement,
- Les renseignements sur le patient (identité et coordonnées)
- Les renseignements administratifs pour permettre la prise en charge du dossier,
- Le statut de l'urgence du prélèvement,
- Les renseignements cliniques **pertinents** pour la réalisation des analyses et la validation des résultats.

Le laboratoire fournit 2 fiches de suivi médical externes :

- 1 pour les prélèvements sanguins
- 1 pour les prélèvements urinaires et de microbiologie



LABO-1223-ENR-« Fiche de suivi médical externe-Prélèvement sanguin »

LABO-PREL-MO-ENR-002-« Fiche de suivi médical externe- Prélèvement urinaire et de microbiologie »

- A commander sur le carnet de commande « laboratoire »
- Ou à imprimer sur intranet onglet « manuel de prélèvement »
- Ou à imprimer sur le site internet du CHCP pour les infirmières libérales.

Ces fiches sont sous forme d'un livret. La premier page identifie le laboratoire, la dernière page rappelle les modalités pratiques pour la réalisation du prélèvement, les pages centrales permettent de compléter tous les renseignements obligatoires.

Le non respect de nos préconisations a un impact sur le délai de réalisation et/ou sur la qualité des résultats et peut entraîner l'annulation de l'analyse demandée.

Fiche de suivi médical externe- Prélèvement sanguin

Feuillet extérieur

CHOIX DES TUBES

En cas de doute sur la réalisation d'un prélèvement, consulter le manuel de prélèvement, ou EX/ABIO.

| | |
|--|--|
| | Tube de sange à utiliser en systématique si prélèvement avec ailette et tube citraté à prélever Aucune analyse sanguine réalisée TP, INR, TCA, Fibrogène, D-dimères, Anti Xa HBPM, anti Ka HNF, PDE, Facteur V <i>Remplir impérativement jusqu'au repère</i> |
| | Biochimie des protéines sériques, immunologie Protéines spécifiques : Pro albumine, FNH Dosage BUN Bilan thyroïdien : TSH-T4 Populations Sérologies : Toxoplasmosis, syphilis, hépatites B et C, HIV Marqueurs tumoraux PSA, PSA2, ACE, CA 15.2, AFP, CA 125, CA135 Folates, vitamine B12, Vitamine D, Paracetamol |
| | Dosage de médicaments Dopamine Biochimie : urée, créatinine, protéines, BUN, calcium, silicémie, CSP, acide urique, magnésium, phosphore, albumine, hépatoglycémie, oxaloacétate, fer, transferrine, Bilan cardiaque, hépatique, pancréatique, rénale et thyroïde Alcoolémie PCV Néphrologie : Biphosphonates, Tadalafil NFS : érythrocytes, hématocrite, recherche de polynucléaires hématiques-Schistocytes Groupes sanguins, RAI, Coombs direct (+ 1 tube) BNP (+ 1 tube) HbA1c (+ 1 tube) Ammoniac (+ 1 tube) Cystéinylcysteine, Acétylacétate, Vasopressine (+ 1 tube) |
| | Glycémie |
| | VS (vitesse de sédimentation) <i>Remplir impérativement le tube à 1 cm de bouchon</i> |
| | Sérum à gazométrie Gazométrie-Lactates artériels et veineux, CO (monoxyde de carbone), Calcium ionisé |
| | Sur vités : SED-créatinine-urée-calcium-phosphore-protéine-glycose-stuéfants urinaires-Ag légionelles et pneumocoques |
| | Cultif et bactériologie urinaire <i>Remplir impérativement jusqu'au repère</i> |

LABORATOIRE

Avenue de Saint Plancard
Boîte postale 30183
31806 SAINT GAUDENS CEDEX

Tél : 05 62 00 44 50
Fax : 05 62 00 44 51

Ouvert au public
Du lundi au vendredi : 8h30-18h30
Samedi : 8h30-12h30

Fiche de suivi médical externe
Prélèvement sanguin

OUI

ORDRE DES TUBES

HOMOGENEISATION DES TUBES

Par retournements 7 à 8 fois.

LABO-1223- Fiche de suivi médicale externe-Prélèvement sanguin-V7

Feuillet interne

LE PRELEVEUR - LE PRELEVEMENT

Nom ou code préleveur pour le personnel du CHCP : _____

Date : ___/___/___ Heure : ___h ___

OUI **NON**

Si OUI, merci de cocher aussi la case en bas de la 1^{ère} page pour un tri plus rapide au laboratoire

LE PATIENT

NOM : _____ OU ETIQUETTE PASTEL

Prénom : _____

Nom de naissance : _____

Date de naissance : ___/___/___ Sexe : F M

Adresse : _____

N° Portable : _____ Obligatoire pour les résultats internet-Faire vérifier au patient son numéro de portable. Lui remettre « Vos résultats par internet ».

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

Joindre la photocopie de l'attestation de sécurité sociale et de la mutuelle.
N° de SS : _____
N° de l'organisme : _____ Département : _____
Nom de la mutuelle : _____

Réservé au laboratoire

Heure de réception : ___h ___ Initiales : _____

Prélèvement conforme : **OUI** **NON**

Code NC : _____

EDTA
Nombre

CITRATE
Nombre

BARRICOR
Nombre

SEC-GEL
Nombre

SEC
Nombre

FLORE
Nombre

VS
Nombre

HEURE
Nombre

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES ET THERAPEUTIQUES DU PATIENT

Antécédents et/ou contexte de prescription : _____

Patient à jeun : OUI NON **Poids :** ___ kg

Traitement anticoagulant OUI NON Si oui, lequel ?
 AVK : Préviscan, Coumadine, Sintrom
 Raison de la prise d'AVK : _____
 Eliquis Pradaxa Xarelto
 Posologie : _____
 Héparine HNF (calciparine)
 HBPM : Lovenox, Fraxiparine, Innohep...
 Arixtra Orgaran
 Posologie et schéma d'injection : _____
 Date et heure de la dernière injection : ___/___/___ à ___h ___

Grossesse OUI NON Age gestationnel : _____
 Dosage de β-HCG Date des dernières règles : ___/___/___
 Contexte du dosage : _____
 Injection de Rophylac : OUI NON Date d'injection : ___/___/___

Si groupe sanguin et/ou RAI
 Transfusion prévue : OUI NON Date : ___/___/___
 Antécédent de transfusion : OUI NON Date : ___/___/___

Dosage hormonal Période du cycle : _____

Traitement thyroïdien OUI NON Si oui lequel ? : _____
 Date et heure de la dernière prise : ___/___/___ à ___h ___

Dosage de médicaments OUI NON
 Date et heure de la dernière prise : ___/___/___ à ___h ___
 Raison du dosage : _____

Voyage à l'étranger (hors UE) : _____

Les résultats Bilan pré-opératoire : OUI NON

A poster A garder au laboratoire A faxer N° _____
 Résultats internet : OUI NON (n° portable obligatoire)
 Adresser une copie des résultats dans le service : _____
 Patient = Personnel du CHCP : OUI NON

Fiche de suivi médical- Prélèvement urinaire et de microbiologie

Feuillelet extérieur

Avant de réaliser un prélèvement de bactériologie, il est conseillé de consulter :

Le manuel de prélèvement 

Chapitre 14-Préconisation pour la réalisation d'un prélèvement de bactériologie

Chapitre 15- Fiches de préconisation patient remis par le laboratoire

Délai d'acheminement vers le laboratoire le plus rapidement possible

< 2h 

Préparation patient et recueil de l'urine
Hygiène et qualité dès le prélèvement



Se laver les mains puis procéder à une toilette intime minutieuse en suivant la procédure du laboratoire. Ouvrir le pot de recueil.

Uriner le premier jet dans le WC puis recueillir l'urine dans le pot.

Refermer le pot.

Ne pas soulever l'étiquette blanche. Ne pas toucher la canule intégrée.

BD BD Diagnostics - Preanalytical Systems
BDH Diagnostic France S.A.S. Siège social : 11, rue André Bergey - CS 60004 - 38801 La Tour du Coteau Cedex. Société par actions simplifiée au capital de 62 823 987 euros.
BD, le logo BD et l'illustration sont la propriété de BDH, Oxoid & Company. © 2012 BD - MK - Lorraine_LAM_0191

BD Pour que chacun vive en bonne santé

 Centre Hospitalier Comminges Pyrénées



LABORATOIRE
Avenue de Saint Plancard
Boite postale 30183
31806 SAINT GAUDENS CEDEX

Tél : 05 62 00 44 50
Fax : 05 62 00 44 51

Ouvert au public
Du lundi au vendredi : 8h30-18h30
Samedi : 8h30-12h30



Fiche de suivi médical externe
Prélèvement urinaire et de microbiologie

LABO-PREL-ENR-002-v02

Fiche de suivi médicale externe-Prélèvement urinaire et de microbiologie

Feuillelet interne

| LE PRELEVEUR - LE PRELEVEMENT | RENSEIGNEMENTS CLINIQUES GENERAUX ET EPIDEMIOLOGIQUES |
|---|---|
| Nom ou code pour le personnel du CHCP : _____ | Fièvre <input type="checkbox"/> Frissons <input type="checkbox"/> Hypothermie <input type="checkbox"/> Hospitalisation récente < 6M <input type="checkbox"/> Diabète <input type="checkbox"/> Immunodépression <input type="checkbox"/> Vie en EHPAD <input type="checkbox"/> Grossesse <input type="checkbox"/> Contexte oncologique <input type="checkbox"/> Douleurs abdominales <input type="checkbox"/> MAP <input type="checkbox"/> Antibiothérapie : Absence de traitement <input type="checkbox"/> ATB en cours <input type="checkbox"/> Lesquels : _____ Prise d'ATB < 3 mois <input type="checkbox"/> Lesquels : _____ |
| Date : ____ / ____ / ____ Heure : ____ h ____ OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Préciser la raison : _____ | Contrôle après traitement antibiotique <input type="checkbox"/> Renseignements cliniques divers : _____ Prélèvement urinaire Chirurgie sur le tractus urinaire <input type="checkbox"/> Pose d'une sonde à demeure <input type="checkbox"/> Pathologie chronique de l'arbre urinaire <input type="checkbox"/> Sonde à demeure <input type="checkbox"/> Modalités de recueil : Milieu de jet <input type="checkbox"/> 1 ^{er} jet urinaire <input type="checkbox"/> Sondage extemporané <input type="checkbox"/> Sur sonde à demeure <input type="checkbox"/> Sur dispositif collecteur <input type="checkbox"/> Echantillon d'urine de 24 h <input type="checkbox"/> Diurèse des urines : _____ |
| LE PATIENT | Prélèvement de microbiologie |
| NOM : _____ Prénom : _____ Nom de naissance : _____ Date de naissance : ____ / ____ / ____ Sexe : F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Adresse : _____ N° Portable : _____ Obligatoire pour les résultats internet-Faire vérifier au patient son numéro de portable. Lui remettre « Vos résultats par internet ». | Origine du prélèvement : _____ Infections urogénitales : Leucorrhées <input type="checkbox"/> Brûlures <input type="checkbox"/> Ulcérations <input type="checkbox"/> Prurit <input type="checkbox"/> Infections respiratoires : Douleurs thoraciques <input type="checkbox"/> Images radiologiques <input type="checkbox"/> Toux <input type="checkbox"/> Selles : _____ Voyage récent pays tropical <input type="checkbox"/> Diarrhées sanglantes <input type="checkbox"/> Pus : Morsures <input type="checkbox"/> Griffures <input type="checkbox"/> Bulle <input type="checkbox"/> Lésions traumatiques <input type="checkbox"/> Plaie <input type="checkbox"/> Dermatose chronique <input type="checkbox"/> Folliculites <input type="checkbox"/> Furoncle <input type="checkbox"/> Impétigo <input type="checkbox"/> |
| RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS | LES RESULTATS |
| Joindre la photocopie de l'attestation de sécurité sociale et de la mutuelle. N° de SS : _____ N° de l'organisme : _____ Département : _____ Nom de la mutuelle : _____ Réservé au laboratoire  | A poster <input type="checkbox"/> A garder au laboratoire <input type="checkbox"/> A faxer <input type="checkbox"/> N° : _____ Résultats internet : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> (n° portable obligatoire) Bilan pré-opératoire : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Adresser une copie des résultats dans le service : _____ Patient = Personnel du CHCP : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |
| Heure de réception : ____ h ____ Initiales : _____ Prélèvement conforme : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Code NC : _____  | |

Feuille de rajout d'examen en biologie médicale



Centre Hospitalier Comminges Pyrénées
SITE DE SAINT PLANCARD / SITE D'ENCRE

Laboratoire
Tél : 05 62 00 44 50
Fax : 05 62 00 44 51
T. Chané Teng- M. Delpech - C. Douat Beyries
C. Sesma



Rajout d'examens en biologie médicale



Chapitre 11 du manuel de prélèvement- Exabio Type de prélèvement - délai de rajout

Etiquette pastel

Service

Code Prescripteur

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|

Date et heure du rajout : ____ / ____ / ____ - ____ h

Date et heure de l'examen primaire : ____ / ____ / ____ h
(Si plusieurs bilans dans la même journée)

Rajout d'analyses souhaitées :

-
-
-
-
-
-

Renseignements cliniques- Traitements

Réservé au laboratoire :

OP : _____ h _____ de rajout n° dossier :

Impossible Hors délai Pas de tube Quantité insuffisante