

Etiquette non-conformité Labo

Horodatage- Réception des échantillons:

Nom:
Prénom:
Nom de JF:
Sexe:
Né(e) le:
Service: Code UF:

**Coller l'étiquette patient
du séjour actuel dans l'UF**

**Emplacement réservé
labo
Etiquette du n° dossier
SIL**

Renseignements obligatoires:

Date du prélèvement:...../...../.....
Heure du prélèvement:.....h.....
Identité du préleveur:.....
Signature du préleveur:

à compléter systématiquement

à compléter impérativement si demande d'analyse

Intervention prévue le:/...../.....

- A RENDRE:**
- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Consultations | <input type="checkbox"/> Gynéco | <input type="checkbox"/> Médecine Ambulatoire |
| <input type="checkbox"/> Obstétrique | <input type="checkbox"/> Gastro | <input type="checkbox"/> Pneumo |
| <input type="checkbox"/> Chir Ambu | <input type="checkbox"/> Chir Viscérale | <input type="checkbox"/> Chir traumatolo |

CONSULTATION D' ANESTHESIE 1er Bilan

Nature et ordre de prélèvements des tubes:

Seringue gazo ① (pochette réfrigérante)



Acheminement très rapide au labo < à 15min

Purge	③ Citrate	② Sec	④ Héparine	⑥ EDTA	⑤ Fluorure	Urines
-------	-----------	-------	------------	--------	------------	--------



Nombre de tubes
←← nécessaires

IMMUNO-HEMATOLOGIE

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> (GRPS) Groupe Rhésus Phénotype ⑥ | <input type="checkbox"/> 1ère détermination | <input type="checkbox"/> (RHOP) Injection de Rhophylac ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
↳ Date de l'injection:...../...../.....
Dose:..... |
| <input type="checkbox"/> (RAI) RAI ⑥ | | |
| <input type="checkbox"/> (RAIR) Recherche d'agglutinines résiduelles (sérum de la mère) ⑥ | | |

Résultat antérieur de RAI:

Date prévue de l'intervention ou de la transfusion:/...../.....

- Antécédents Transfusionnels: Grossesse Antécédents Obstétricaux

HEMATOLOGIE

- (NFP) Numération Formule Plaquettes ⑥ (NUPL) Plaquettes ⑥
- (PLCIT) Plaquettes sur tube citraté ③

HEMOSTASE

En l'absence de traitement par les AVK, Cocher TP

- (TP) TP ③

En cas de traitement par les AVK, Cocher INR

- (INR) INR ③

- (TCK) TCA ③

- Traitement anticoagulant ?
- oui, préciser lequel ? non ne sait pas
- Arrêt de l'anticoagulant, préciser lequel et la date de l'arrêt:
- ↳ Date
- Insuffisance hépatique

IMMUNO-BIOCHIMIE SANGUINE

- (I) Ionogramme ④ (systématique si âge > à 60ans) (AU) Ac Urique ④
- (UR) Urée ④ (systématique si âge > à 60ans)
- (CRE) Créatinine ④ (systématique si âge > à 60ans)

- (GL) Glycémie ⑤

Autres:

- | | | |
|--------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Dr Diac | <input type="checkbox"/> Dr Harchaoui | <input type="checkbox"/> Dr Minaku |
| <input type="checkbox"/> Dr Karangwa | <input type="checkbox"/> Dr W, Shanti | <input type="checkbox"/> Dr Hadj Arab |
| | | <input type="checkbox"/> Dr |