

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 2ème Bilan**

Nature et ordre de prélèvements des tubes:

Seringue gazo ① (pochette réfrigérante)

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

Acheminement très rapide au labo < à 15min

Nombre de tubes nécessaires

**IMMUNO-HEMATOLOGIE**

(GRPS) Groupe Rhésus Phénotype ⑥  2ème détermination

(RAI) RAI ⑥

(RAIR) Recherche d'agglutinines résiduelles (sérum de la mère) ⑥

(RHOP) Injection de Rhophylac ?  Oui  Non

↳ Date de l'injection:...../...../.....

Dose: .....

Résultat antérieur de RAI:

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

Antécédents Transfusionnels:

Grossesse

Antécédents Obstétricaux

Autres:  .....  
 .....

Dr Diac

Dr Harchaoui

Dr Minaku

Dr Karangwa

Dr W, Shanti

Dr Hadj Arab

Dr .....