



GCS GHT Léman Mont
Blanc
LABORATOIRE
558, Route de Findrol BP
20500
74130 Contamine sur Arve

**Fiche de renseignements cliniques
pour le laboratoire**

Ref : GCSC2-ENR001 V02
Version : 02
Applicable le : 15-01-2019



Identification du patient :

(Coller étiquette SIH)

Nom de Naissance :

Prénom :

Nom d'usage :

Date de Naissance :

Sexe :

Résultats :

() Urgents

() A faxer au

() A téléphoner au

() Résultats à garder au laboratoire

() Double au DR.

Faxé/Téléphoné le :

Renseignements cliniques et thérapeutiques en lien avec la prescription :

Patient à jeun Non à jeun Renseignements cliniques utiles :

Hémostase :

Renseignements thérapeutiques obligatoires conformément au JO du 11 juin 2013 Ministère AS et Santé

Traitement anticoagulant : NON Ne sait pas OUI

Nom de l'anticoagulant à préciser :

Si dosage de l'activité Xa (pour les Héparines ou HBPM ou autre anticoagulant particulier) :

Nombre d'injections ou prises :

Date et heure d'administration : **Date et heure prélèvement :**

Dose administrée :

Temps de saignement : résultatmnsecondes

Demande au patient si prise d'aspirine ou autre antiagrégant plaquettaire :

Urines de 24 H Diurèse : ml

Dosage de la créatinine Poids :

Dosage de médicaments : Cf nomenclature renseignements obligatoires : raison prescription : efficacité, toxicité ; heure pvt, date de début ttt ou de modification de posologie ; âge, taille, poids du sujet lorsque cela est possible.

Traitement actuel :

Posologie : Date et heure de la dernière prise :

Dosage hormonaux – Test de grossesse (beta-HCG) Date des dernières règles :

Prélèvements à visée infectieuse :

Renseignements cliniques (type de lésions, EI, matériel ...) :

Traitement antibiotique : NON OUI **Si oui lequel :**

ECBU : à visée diagnostique contrôle après traitement

Grossesse : NON OUI Si oui Rhophylac : NON OUI

Parasitologie :

Séjour à l'étranger : NON OUI **Si oui Date :** **Pays :**

Traitement : NON OUI **Si oui lequel :**

Renseignements cliniques :

Prélèvement effectué par : (Nom du préleveur)

Date du prélèvement : Heure du prélèvement :

Problèmes rencontrés au cours du prélèvement :

NON OUI **si oui lequel :**

Prélèvement URGENT :

(À signaler en technique)

Patient vient chercher ses résultats