

1 BUT

Décrire l'utilisation de la fiche de transmission avec étiquettes à codes-barres

LABORATOIRE B2A - FICHE DE TRANSMISSION		VERSION 1	
<p>1/ Merci de coller l'étiquette « ORDONNANCE » sur l'ordonnance du patient (sinon aucune analyse ne pourra être réalisée)</p> <p>2/ Vérifier que l'ordonnance comporte bien les NOM, PRENOM et DATE DE NAISSANCE du patient de manière lisible (sinon rajouter les mentions manquantes au stylo sur l'ordonnance directement)</p> <p>3/ Si le patient n'a jamais réalisé de bilan dans notre laboratoire, merci de compléter les informations ci-dessous</p>			
<p>si PATIENT non connu du laboratoire</p> <p>Adresse : _____ Téléphone : _____</p> <p>N° de SS : _____ Caisse : _____</p> <p>N° AMC Mutuelle : _____</p> <p>Assuré (si différent du patient) Nom : _____ Prénom : _____ DDN : _____</p>			
RENSSEIGNE CLINIQUE	<p><input type="checkbox"/> Grossesse DDR : __/__/__</p> <p>INR : <input type="checkbox"/> Préviscan <input type="checkbox"/> Coumadine <input type="checkbox"/> Sintrom Posologie : _____ Cible : _____</p> <p>Autre anticoagulants : <input type="checkbox"/> Xarelto <input type="checkbox"/> Pradaxa <input type="checkbox"/> Eliquis <input type="checkbox"/> Calciparine <input type="checkbox"/> HBPM</p> <p>Dosage médicament : _____ Posologie : _____ Date et heure de la dernière prise : __/__/__</p> <p>Groupe sanguin/RAI : <input type="checkbox"/> Transfusion (date : __/__/__)</p> <p><input type="checkbox"/> Rophylac (date : __/__/__ dose : _____) <input type="checkbox"/> Pré opératoire (date opération : __/__/__)</p>		
<p>Préleveur : _____</p> <p>Date : _____ Heure : _____</p> <p><input type="checkbox"/> A jeun <input type="checkbox"/> Prélèvement difficile</p>		<p style="text-align: center;">TRANSMISSION DES RESULTATS AU PATIENT</p> <p>Email (si non connu) : _____</p>	
TRANSMISSIONS MEDIC-MAJ	<p><input type="checkbox"/> A téléphoner au : _____</p> <p><input type="checkbox"/> URGENT</p> <p><input type="checkbox"/> PRIORITAIRE : résultats pour ___ h ___</p> <p><input type="checkbox"/> Copie au médecin traitant :</p> <p><input type="checkbox"/> Refus de transmission des résultats au préleveur</p>		
<p>ABSENCE D'ORDONNANCE : <input type="checkbox"/> ordonnance au laboratoire <input type="checkbox"/> Bilan sans ordonnance (non remboursé) <input type="checkbox"/> Suivra</p> <p>IDENTITE DU PATIENT : Nom : _____ Prénom : _____</p> <p>Nom de naissance : _____ Date de naissance : _____</p> <p>Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F Si mineur, nom prénom du tuteur : _____</p> <p>Analyses à réaliser :</p>			
<p>CB 23 368 0001 <i>Réservé laboratoire :</i> Citrate ___ Sec ___ EDTA ___ Fluor ___ Hép ___ GR ___ <i>Initiales :</i></p> <p style="text-align: right;"><i>BarateU ___ ChimieU ___ eSwab ___ Fécals ___ Heure de réception :</i></p>			
<p style="text-align: center;">ORDONNANCE</p> <p>CB 23 </p> <p>CB 23 368 0001</p>	<p style="text-align: center;">CITRATE - ■</p> <p>1000 </p> <p>CB 23 368 0001 03 401 368 0001</p>	<p style="text-align: center;">SEC 1 - ■</p> <p>1000 </p> <p>CB 23 368 0001 01 401 368 0001</p>	<p style="text-align: center;">SEC 2 - ■</p> <p>1000 </p> <p>CB 23 368 0001 01 401 368 0001</p>
<p style="text-align: center;">EDTA - ■</p> <p>1000 </p> <p>CB 23 368 0001 02 401 368 0001</p>	<p style="text-align: center;">Groupe sanguin / RAI - ■</p> <p>1000 </p> <p>02 401 368 0001</p> <p>Nom naissance : _____</p> <p>Prénom : _____</p> <p>DDN : _____</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F</p>	<p style="text-align: center;">FLUOR - ■</p> <p>1000 </p> <p>CB 23 368 0001 05 401 368 0001</p>	<p style="text-align: center;"><i>Étiquette supplémentaire</i></p> <p></p> <p>CB 23 368 0001</p>
<p style="text-align: center;">URINES ECBU - ■</p> <p>1000 </p> <p>CB 23 368 0001 16 401 368 0001</p>	<p style="text-align: center;">URINES SEC - ■</p> <p>1000 </p> <p>CB 23 368 0001 09 401 368 0001</p>	<p style="text-align: center;">COVID / Grippe</p> <p>1000 </p> <p>CB 23 368 0001 43 401 368 0001</p>	<p style="text-align: center;"><i>Étiquette supplémentaire</i></p> <p></p> <p>CB 23 368 0001</p>
<p style="text-align: center;">PRÉLÈVEMENT VAGINAL</p> <p>1000 </p> <p>CB 23 368 0001 10 401 368 0001</p>	<p style="text-align: center;">COPRO/CLOS/VIRO (selles)</p> <p>1000 </p> <p>CB 23 368 0001 31 401 368 0001</p>	<p style="text-align: center;">PARASITOLOGIE (selles)</p> <p>1000 </p> <p>CB 23 368 0001 65 401 368 0001</p>	<p style="text-align: center;">SANG (selles)</p> <p>1000 </p> <p>CB 23 368 0001 32 401 368 0001</p>

En cas de groupe sanguin ou RAI : merci d'utiliser l'étiquette spécifique (ÉCRIRE en MAJUSCULE)

Identité vérifiée par pièce d'identité (obligatoire), joindre copie (ou envoyer une photo (laboratoire.epinal@b2a.fr)

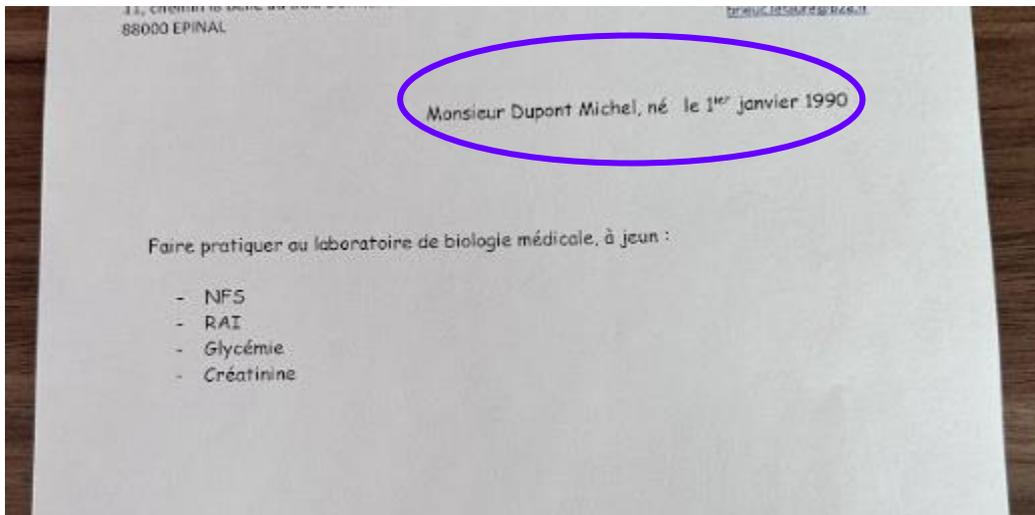
2 CONTENU

2.1 Renseignement à noter

2.1.1 Vérification de l'ordonnance

Vérifier que l'ordonnance médicale comporte bien le nom, prénom et la date de naissance du patient, si une information est manquante la noter directement sur l'ordonnance.

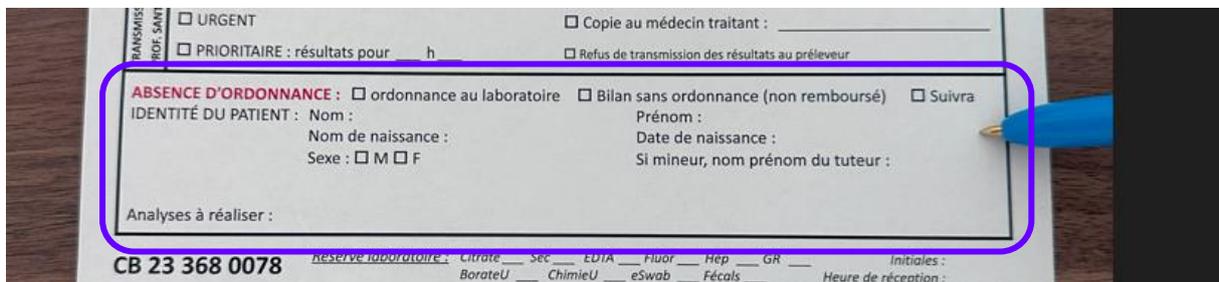
En cas de doute sur l'identité (par exemple si présence uniquement du nom de famille sur l'ordonnance) : appelez le médecin pour vérification.



Attention :

Si absence d'ordonnance remplir impérativement l'onglet « **ABSENCE D'ORDONNANCE** » en notant bien l'identité du patient et cocher « ordonnance au laboratoire », « bilan sans ordonnance » ou « suivra ».

Dans les deux derniers cas noter les analyses à réaliser.



TRANSMISE
PROF. SANTÉ

URGENT Copie au médecin traitant : _____
 PRIORITAIRE : résultats pour ____ h Refus de transmission des résultats au préleveur

ABSENCE D'ORDONNANCE : ordonnance au laboratoire Bilan sans ordonnance (non remboursé) Suivra

IDENTITÉ DU PATIENT : Nom : _____ Prénom : _____
Nom de naissance : _____ Date de naissance : _____
Sexe : M F Si mineur, nom prénom du tuteur : _____

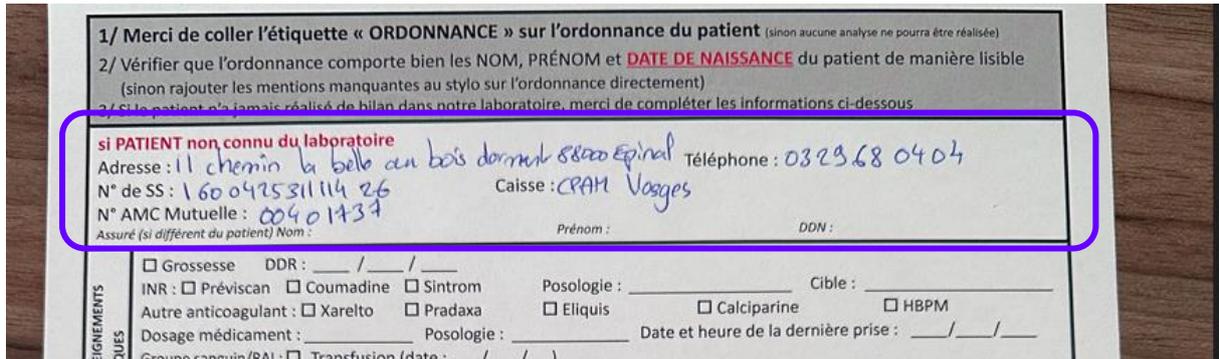
Analyses à réaliser : _____

CB 23 368 0078

RESERVE LABORATOIRE : Citrate ___ Sec ___ EDTA ___ Fluor ___ Hep ___ GR ___ Initiales : _____
BorateU ___ ChimieU ___ eSwab ___ Fécals ___ Heure de réception : _____

2.1.2 Patient connu/patient non connu

Si le patient n'est pas connu du laboratoire noter ses coordonnées, son numéro de sécurité sociale, la caisse de rattachement et le n°AMC de la mutuelle.



1/ Merci de coller l'étiquette « ORDONNANCE » sur l'ordonnance du patient (sinon aucune analyse ne pourra être réalisée)
2/ Vérifier que l'ordonnance comporte bien les NOM, PRÉNOM et DATE DE NAISSANCE du patient de manière lisible (sinon rajouter les mentions manquantes au stylo sur l'ordonnance directement)
3/ Si le patient n'a jamais réalisé de bilan dans notre laboratoire, merci de compléter les informations ci-dessous

si PATIENT non connu du laboratoire
 Adresse : 11 chemin la belle au bois dormant 88000 Epinal Téléphone : 03 23 68 04 04
 N° de SS : 1 60 04 25 31 114 26 Caisse : CRAM Vosges
 N° AMC Mutuelle : 004 01434
 Assuré (si différent du patient) Nom : Prénom : DDN :

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES
 Grossesse DDR : ___ / ___ / ___
 INR : Préviscan Coumadine Sintrom Posologie : _____ Cible : _____
 Autre anticoagulant : Xarelto Pradaxa Eliquis Calciparine HBPM
 Dosage médicament : _____ Posologie : _____ Date et heure de la dernière prise : ___ / ___ / ___
 Groupe sanguin/RAI : Transfusion (date : ___ / ___ / ___)
 Rophylac (date : ___ / ___ / ___ dose : _____) Pré opératoire (date opération : ___ / ___ / ___)

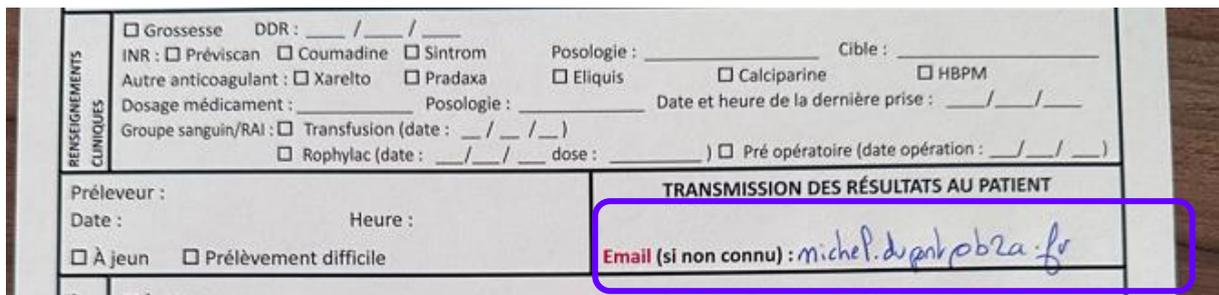
S'il est connu : laisser l'onglet vide

2.1.3 Transmission des résultats

Demander au patient son adresse mail pour la transmission des résultats.

Remarque : s'il ne dispose pas d'adresse mail il est également possible de mettre l'adresse mail d'un proche.

En l'absence de mail de renseigné : le compte-rendu lui sera transmis par voie postale.



RENSEIGNEMENTS CLINIQUES
 Grossesse DDR : ___ / ___ / ___
 INR : Préviscan Coumadine Sintrom Posologie : _____ Cible : _____
 Autre anticoagulant : Xarelto Pradaxa Eliquis Calciparine HBPM
 Dosage médicament : _____ Posologie : _____ Date et heure de la dernière prise : ___ / ___ / ___
 Groupe sanguin/RAI : Transfusion (date : ___ / ___ / ___)
 Rophylac (date : ___ / ___ / ___ dose : _____) Pré opératoire (date opération : ___ / ___ / ___)

Préleveur : _____
 Date : _____ Heure : _____
 À jeun Prélèvement difficile

TRANSMISSION DES RÉSULTATS AU PATIENT
 Email (si non connu) : michel.dupont@b2a.fr

2.1.4 Information(s) clinique(s) et traitement(s)

Noter les renseignements cliniques pertinents dans l'onglet « renseignements cliniques » et cocher la case « à jeun » si patient à jeun puis préparer le patient pour le prélèvement.

Si le bilan est urgent ou prioritaire noter le dans l'onglet « professionnel de santé ».

Assuré (si différent du patient) Nom : _____ Prénom : _____	
RENSEIGNEMENTS CLINIQUES	<input type="checkbox"/> Grossesse DDR : ___ / ___ / ___ Bilan avant intervention chirurgicale INR : <input type="checkbox"/> Préviscan <input type="checkbox"/> Coumadine <input type="checkbox"/> Sintrom Posologie : _____ Cible : _____ Autre anticoagulant : <input type="checkbox"/> Xarelto <input type="checkbox"/> Pradaxa <input type="checkbox"/> Eliquis <input type="checkbox"/> Calceparine <input type="checkbox"/> HBRM Dosage médicament : _____ Posologie : _____ Date et heure de la dernière prise : ___ / ___ / ___ Groupe sanguin/RAI : <input type="checkbox"/> Transfusion (date : ___ / ___ / ___) <input type="checkbox"/> Rophylac (date : ___ / ___ / ___ dose : _____) <input type="checkbox"/> Pré opératoire (date opération : ___ / ___ / ___)
Préleveur : _____	TRANSMISSION DES RÉSULTATS AU PATIENT
Date : _____ Heure : _____	Email (si non connu) : michel.dupont@b2a.fr
TRANSMISSIONS PROF. SANTÉ	<input checked="" type="checkbox"/> À jeun <input type="checkbox"/> Prélèvement difficile <input type="checkbox"/> À téléphoner au : _____ <input type="checkbox"/> URGENT <input type="checkbox"/> Copie au médecin traitant : _____ <input type="checkbox"/> PRIORITAIRE : résultats pour ___ h ___ <input type="checkbox"/> Refus de transmission des résultats au préleveur
ABSENCE D'ORDONNANCE : <input type="checkbox"/> ordonnance au laboratoire <input type="checkbox"/> Bilan sans ordonnance (non remboursé) <input type="checkbox"/> Suivra	

2.1.5 Informations obligatoires pour les RAI/groupes sanguins

En cas de groupe sanguin/rai : une vérification de l'identité lors du prélèvement est indispensable.

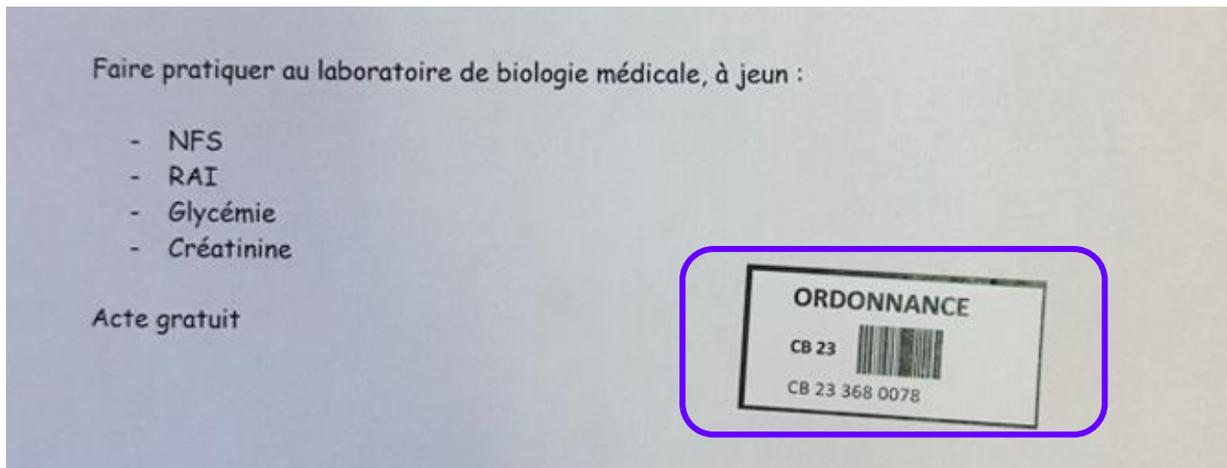
Faire la vérification puis cocher en bas de la page « **identité vérifiée** » et nous joindre une copie de la pièce d'identité (passeport ou CNI) ou nous la transmettre par e-mail à laboratoire.epinal@b2a.fr.

CB 2 10 401 368 0078	CB 21 31 401 368 0078	CB 2 65 401 368 0078	CB 2 32 401 368 0078
En cas de groupe sanguin ou RAI : merci d'utiliser l'étiquette spécifique (ÉCRIRE en MAJUSCULE)			
<input checked="" type="checkbox"/> Identité vérifiée par pièce d'identité (obligatoire), joindre copie (ou envoyer une photo (laboratoire.epinal@b2a.fr))			

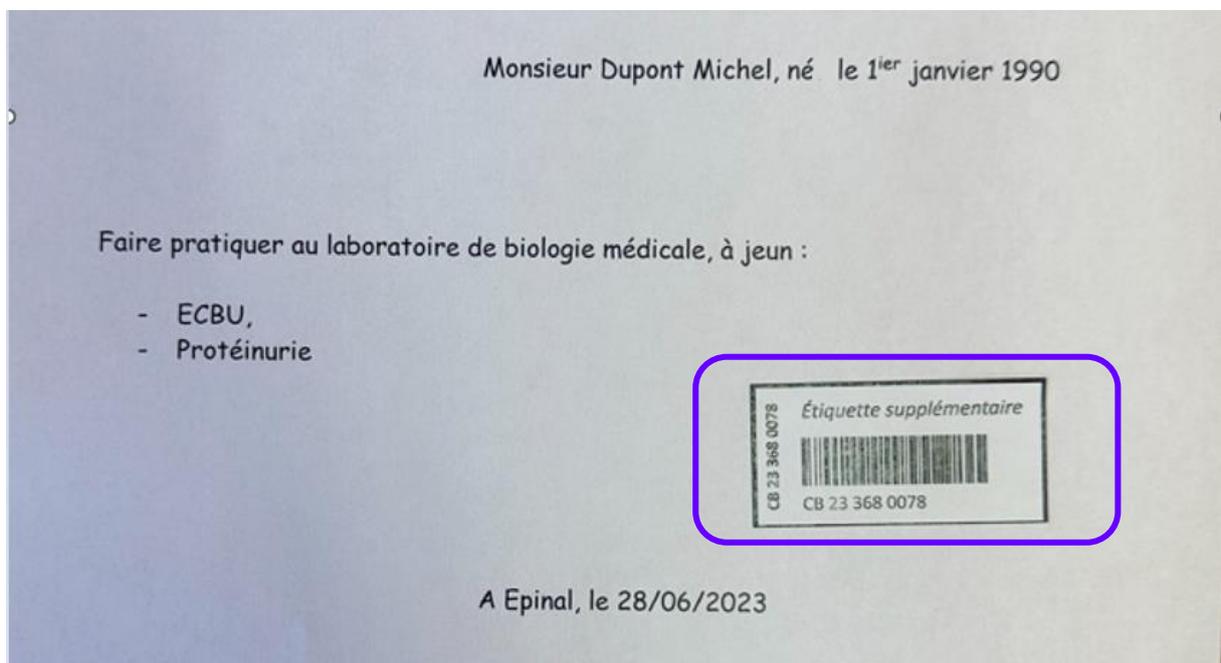
2.2 Etiquetage

2.2.1 Etiquetage de l'ordonnance

Après le prélèvement étiqueter l'ordonnance avec l'étiquette « **ORDONNANCE** »...



...et les éventuelles ordonnances supplémentaires avec les étiquettes « **étiquette supplémentaire** ».



2.2.2 Etiquetage des tubes sanguins

Étiqueter ensuite les tubes prélevés avec les étiquettes correspondantes. Si aucune étiquette ne correspond ou si prélèvement de plusieurs tubes d'une même sorte : utiliser les étiquettes « **étiquette supplémentaire** » pour ces tubes.

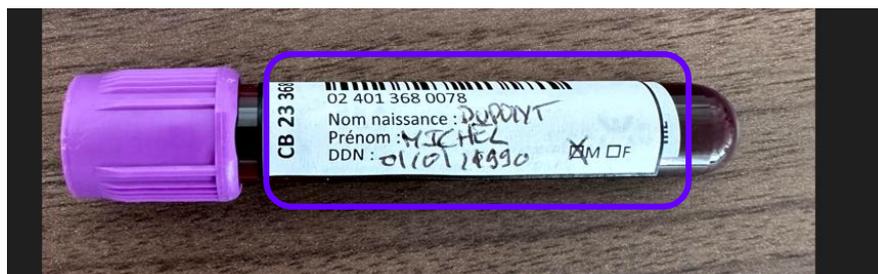
Pour l'étiquetage des tubes :

- Etiqueter dans le sens longitudinal du tube (cf photo) en **mettant l'étiquette proche du bouchon**.



Attention : en cas de groupe sanguin et/ou RAI (cas de cette ordonnance) : utiliser impérativement l'étiquette « groupe sanguin/RAI » et noter les informations d'identité sur l'étiquette après avoir vérifié l'identité du patient avec une pièce d'identité.

Cette étiquette peut être utilisée également pour les autres analyses réalisées sur tubes EDTA (NFS, plaquettes, hémoglobine glyquée...) : il n'est donc pas nécessaire de prélever un autre tube en cas d'analyses associées.



2.2.3 Etiquetage des autres prélèvements

Si prélèvement(s) autre que sanguin : étiqueter les prélèvements avec les étiquettes correspondantes.

Exemple pour un recueil d'urines : étiqueter les deux tubes et les placer dans le sachet avec la fiche de renseignement spécifique complétée qui l'accompagne



2.3 Information prélèvement

Noter vos initiales préleveur (ou coller une étiquette nominative), la date et l'heure du prélèvement.

PENSEZ CLINIQUE		Groupe sanguin/RAI : <input type="checkbox"/> Transfusion (date : _/ _/ _)		Date et heure de la dernière prise : _/ _/ _	
		<input type="checkbox"/> Rophylac (date : _/ _/ _)		dose : _____	
		<input type="checkbox"/> Pré opératoire (date opération : _/ _/ _)			
Préleveur : XXX		Date : 13/06/23		Heure : 8h00	
<input checked="" type="checkbox"/> A jeun		<input type="checkbox"/> Prélèvement difficile		TRANSMISSION DES RÉSULTATS AU PATIENT	
		Email (si non connu) : michel.p.dupont@b2a.fr			
TRANSMISSIONS PROF. SANTÉ		<input type="checkbox"/> À téléphoner au : _____		<input type="checkbox"/> Copie au médecin traitant : _____	
		<input type="checkbox"/> URGENT		<input type="checkbox"/> Refus de transmission des résultats au préleveur	
		<input type="checkbox"/> PRIORITAIRE : résultats pour ___ h			

2.4 Fin du prélèvement

Remettre ensuite les tubes de sang, la fiche de transmission et l'ordonnance dans la boîte de prélèvement et déposer le tout au laboratoire ou au point de collecte.

3 Classement et archivage

Selon procédure dédiée