

Comment renseigner la fiche de transmission

RECTO

Les **5 traits stricts** obligatoires à renseigner :

- nom de naissance
- 1^{er} prénom de naissance
- date de naissance
- sexe
- code INSEE lieu de naissance (inscrit sur le N° de SECU).

Cocher le justificatif d'identité à haut niveau de confiance utilisé pour effectuer la vérification d'identité du patient a minima 1 fois par an

Permet de contacter le préleveur en cas de problème.

Si IDE remplaçant

Renseigner le titulaire et préciser le n° de téléphone

Obligatoire pour le laboratoire afin de traiter la demande.

Permet une diffusion adaptée des résultats.

Droit d'opposition du patient concernant ses données personnelles (RGPD) : démarche à effectuer par le patient lui-même via l'adresse mail :

contactdpo@inovie.fr

Le patient peut s'opposer à la diffusion des résultats au préleveur (cocher la case)

Permet de tracer la conformité de la demande par le laboratoire.

inovie Labosud **FICHE DE TRANSMISSION**

PATIENT À compléter en lettres MAJUSCULES, noter tirets / apostrophes / espaces

Nom naissance _____ **Nom utilisé** _____ **Sexe** H F

1^{er} Prénom _____ **Prénom utilisé** _____ **Date naissance** ____/____/____

Justificatif d'identité à haut niveau de confiance utilisé : carte nationale d'identité passeport acte naissance*

N° Sécurité Sociale _____ **N° télértransmission/AMC** _____

Adresse _____ **CP** _____ **Ville** _____

PRÉLEVEUR IDE remplaçant du titulaire : _____ Sage-femme Autre : _____

Nom _____ **Prénom** _____ **Nom EDS / SSIAD** _____

Prélèvement ____/____/____ à ____ h **Autre(s) prélèvement(s) joint(s)**

Jeûne Oui Non sans garrot + poing relâché difficile urine autre _____

Donnance Jointe(s) 1 2 3 À venir Renouvelable (suj à au labo)

Sans ordo - Examens demandés : _____

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

CONTEXTE

check-up chimio
 mal. chronique
 pré-op/post-op, le ____/____/____
 autre _____

Si groupage sanguin Obligatoire

Transfusion récente (moins de 4 mois)
 Oui le ____/____/____ Non Non connue
 Greffe de moelle osseuse Oui Non

Si grossesse ou hormonologie (B-hCG...)

DDR ____/____/____ DDG ____/____/____

Si RAI Obligatoire Rhophylac®
 Oui le ____/____/____ Non Non connue

SYMPTÔMES

aucun fièvre fatigue
Infection :
 urinaire pulmonaire
Douleur :
 thoracique abdominale
Autres / Commentaires : _____

TRAITEMENT

aucun biotine ATB
 autre _____

AVK Préviscan® Coumadine® 2 mg 5 mg
 Mini-Sintrom® Sintrom®

Obligatoire Cible INR [de ____ à ____]
 Posologie _____ mg/j ou _____ cp/j

AOD Eliquis® Pradaxa® Xarelto®

Héparines HBPM HNF **Nom** _____

Dosage médicament lithium acide valproïque
 tacrolimus autre : _____

Obligatoire Taille _____ m Poids _____ kg
 Nom _____ Poso _____ mg/j ou _____ cp/j
 Dernière prise ____/____/____ à ____ h

RÉSULTATS URGENT

MÉDECIN/SERVICE Copie à _____

PRÉLEVEUR Diffusion systématique sur le serveur de résultats ; si opposition patient cocher

PATIENT Diffusion systématique sur le serveur de résultats (mail obligatoire) +/- Mon Espace Santé (DMP) Envoi postal (envoi J+5)

ÉTIQUETTES

PATIENT
 Fiche pré-remplie (RDOM)envoyée au domicile
 Planche AS (PEP) à récupérer au labo de : _____

PRÉLEVEUR
 À récupérer au laboratoire de _____
 À transmettre sur le point de collecte _____

RÉSERVÉ LABO Réception ____/____/____ à ____ h par _____ Centrifugation ____ h

NB tubes Citraté ____ Sec ____ EDTA ____ Fluoré ____ U neutre ____ U boraté ____ Fécal ____ Autres _____

Codes de traçabilité/NC DK0|DK2|DK6|T+|T-|FIDE|IDENT|PATHC|ABORD|NCORD|ECHAB|EHCNC|DEACH

IDVNP|Autres _____ VILLE TOURN :

ÉTIQUETTE DOSSIER PATIENT

Le **téléphone** est indispensable pour avoir un contact direct avec le patient

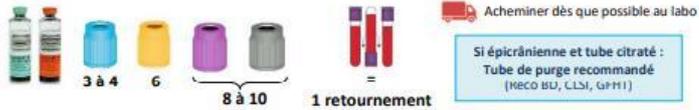
Le **mail** est indispensable pour la création du compte et pour avvertir de la disponibilité des résultats.

Renseignements fournis = Service Médical Rendu optimal au patient.

Fourniture d'étiquettes patient ou préleveur sur demande.

VERSO

ORDRE DE PRÉLÈVEMENT ET NOMBRE DE RETOURNEMENTS



| Tube citraté | Tube sec | Tube EDTA | Tube fluoré |
|--|---|---|---|
| 1 Tube citraté TP, TQ, INR, TCA, TCK, Fibrinogène, D-Dimères /!\ Indiquer traitement anticoagulant au recto /!\ Activité anti-Xa HNF (héparinémie), HBPM, Rivaroxaban, Apixaban /!\ Renseigner dosage médicament au recto /!\ Facteurs de coagulation, bilan de thrombophilie (ACC lupique x2 tubes, antithrombine IIII, protéine C et S) | 1 BIOCHIMIE STANDARD (cf manuel prélèvement pour détails) HORMONOLOGIE AMH, FSH, LH, Estradiol (E2), D4androstènedione, Progèstèrone, T3L, T4L, TSH Calcitonine MARQUEURS ACE, AFP, CA125, CA15-3, CA19-9, Cyfra21-1, NSE, PSA Total, Thyroglobuline MÉDICAMENTS Acide valproïque, Amikacine, Carbamazépine, Digoxine, Lithium, Vancomycine Électrophorèse des protéines +/- Immuno-électrophorèse Trisomie 21, β-hCG, PSA libre, Gentamicine SÉROLOGIES INFECTIEUSES ORDONNANCES MULTIPLES ALLERGOLOGIE | 1 NFS, VS, Plaquettes, Réticulocytes, HbA1c, Kleihauer 1,5 mL min. IHE : Groupe sanguin 1 ^{ère} détermination / RAI / Coombs direct Mention manuscrite obligatoire ou étiquettes préremplies fournies par le labo : Nom de naissance, Nom, 1^{er} Prénom, Date de naissance et Sexe sur le tube 1,0 mL min. BNP : réaliser un NT-proBNP (tube sec) sauf mention contraire du prescripteur 1,0 mL min. Immunosuppresseurs (tacrolimus, ciclosporine, sirolimus, évérolimus) 1,0 mL min. (attention si IHE associée, un tube dédié est nécessaire) Groupe sanguin 2^{ème} détermination (2 déterminations = 2 prélèvements différents à 2 moments distincts) 1,0 mL min. Acide folique érythrocytaire (folates érythrocytaires), Lymphocytes CD3/CD4/CD8 3,0 mL min. Charges virales (VIH, VHC, VHB) 2 tubes dédiés EXAMENS SOUS-TRAITÉS : 1 tube par examen Crosslaps (CTX) / Vitamines B1 et B6 / Immunophénotypage lymphocytaire / Électrophorèse de l'hémoglobine Examens génétiques /!\ consentement obligatoire /!\ | 1 Tube fluoré Glucose (condition particulière : jeûne de 8 h), acide lactique (lactates) |

« Ces informations sont données à titre indicatif, seul le manuel de prélèvement en ligne comporte la version actualisée »

Conditions particulières définies pour certains examens.

1 à 2 grands tubes secs bien remplis suffisent

Témoins de remplissage afin de respecter les volumes requis.

Examens réalisables sur le tube unique (les volumes minimum attendus sont spécifiés).

TUBES BIEN REMPLIS = DEMANDE BIEN TRAITÉE

Besoin... de renseignements ? de matériel supplémentaire ?
 Purge Hépariné ACTH Sec sans gel ...
 N'hésitez pas à vous rapprocher de votre laboratoire habituel !

Pour toute demande se rapprocher du laboratoire de proximité.

Accès aux outils mis à disposition du préleveur

Manuel de prélèvement « LBM INOVIE Labosud »

Téléchargement sur Google Play Store et App Store

Accéder à toutes les informations utiles sur un examen donné

BioServeur <https://www.bioserveur.com/>
Accéder aux ordonnances des patients

INOVIE emv

Site internet - Serveur de résultats
<https://inovie.fr/>
Accéder aux résultats des patients

Boîte de dialogue
Pour toute question : labosud.ide@labosud.fr

Application « **INOVIE PAD** »

Prélèvement à domicile dématérialisé

App Store
Google Play