



FORMULAIRE D'ENREGISTREMENT

FICHE DE TRANSMISSION DE SPECIMENS BIOLOGIQUES

Page 1 sur 1

ENR-037-V5

Date d'application:

12/05/2022

HÔPITAL ROBERT PAX - LABORATOIRE DE BIOLOGIE MEDICALE

2 rue René François Jolly - BP 50025 57211 SARREGUEMINES CEDEX

Téléphone: 03 87 27 33 20 - Fax: 03 55 45 81 29

Biologistes médicaux Dr. KHORSI S. (Chef de service) - Dr. JAHJAH S. - Dr. MOUNZER S.

PATIENT

NOM:

NOM DE NAISSANCE:

PRENOM:

DATE DE NAISSANCE:

SEXE: F M

OU

ETIQUETTE PATIENT

URGENCE:

(routine si non renseigné)

UF:

Si consultant externe non enregistré dans Pastel:

N° de sécurité sociale:

Nom de la caisse d'assurance maladie:

Nom du médecin traitant:

Nom et prénom de l'assuré:

Adresse:

N° de téléphone:

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES :

(joindre une photocopie de la carte d'identité en cas de demande d'examen de groupe sanguin)

IDENTIFICATION DU PRESCRIPTEUR

VOIR PRESCRIPTION. En cas d'identification incomplète, renseigner les éléments manquants sur la prescription (date, nom, prénom, adresse)

PRELEVEMENT (à remplir par le préleveur)

IDENTITE DU PRELEVEUR: PRELEVEMENT A JEUN: OUI NON

QUALITE DU PRELEVEUR:

NOMBRE D'ECHANTILLON(S): DATE ET HEURE DU PRELEVEMENT:

AUTRES INFORMATIONS SUR LE PRELEVEMENT:

TRANSMISSION AU LABORATOIRE (à remplir par le transmetteur)

DATE ET HEURE DE DEPOT: IDENTITE DU TRANSMETTEUR:

QUALITE DU TRANSMETTEUR:

RECEPTION AU LABORATOIRE (à remplir par la personne réceptionnant le prélèvement)

DATE ET HEURE DE SAISIE:

CONFORMITE A LA RECEPTION:

- DE LA PRESCRIPTION OUI NON*

- DES SPECIMENS BIOLOGIQUES OUI NON*

* dans ce cas enregistrer la non-conformité dans le système informatique du laboratoire ou sur le formulaire de dysfonctionnement, non-conformité, réclamation