



**IDENTITOVIGILANCE (identification du patient) :**

Nom usuel : ..... Premier prénom : .....  
 Nom de naissance : ..... DN : ...../...../..... Lieu de naissance : .....  
 Tél : ..... Adresse : .....  
 CNI  Passeport  Permis de conduire  Autres : ..... Vérifié(e) :  Oui  Non

**ADMINISTRATIF :**

**MUTUELLE** n° AMC / n° préfécral / n° Télétrans (8 chiffres) : ..... Date de validité : Du ..... Au .....  
 CMU  ACS  Autres : .....

**PRÉLÈVEMENT :**

Date : ...../...../20 ..... Heure : .....H ..... Préleveur : .....  Prélèvement difficile  
 Résultats urgents  Transmettre au médecin  Poster au patient  Pharmacie : .....

**Traitement A.V.K.**

Pathologie cardio-vasculaire : .....  
 Préviscan  Sintrom  Mini Sintrom  Coumadine 2  Coumadine 10

À jeun  Oui  Non  
 Si créatinine, poids : ..... kg

-Posologie : .....

**FICHE DE SUIVI MEDICAL**

<p>O-RAS Bilan de controle.          O-PSA : Opération Non/Oui,          Retrait total Non/Oui.          O-Test de grossesse :          -Date dernières règles: ...../.....,          -Retard : Non/Oui          -Contraception: Non/Oui .....          -Test de pharmacie: Non/Oui .....          -Atcd fausse couche : Non/Oui,          -Atcd g. extra-utérine: Non/Oui,          -Patiente mineure : Non/Oui.          O-R.A.I. :          -Grossesse : Non/Oui DPG:          -Première grossesse : Non/Oui,          -Rh+/Rh-: -&gt; Rophylac : Non/Oui,          -Atcd transfusionnel : Non/Oui.          O-Groupage Sanguin :          -Transfu de moins de 4mois: Non/Oui</p>	<p>O-Bilan Pré-Opératoire.          O-Suivi de grossesse.          O-Suivi Chimio.          O-Bilan Scanner / IRM.          O-Paludisme : Fièvre Non/Oui          -Voyage : Non/Oui : .....          -Prophylaxie en cours : Non/Oui          -Origine personne : .....          O-Bactériologie.          -ATBthérapie en cours: Non/Oui          Nom de l'ATB: .....          -Aspect lésion: .....          O-Diabète.          O-DIAB1: Diabète Type 1          O-DIAB2: Diabète Type 2          O-Autre:.....</p>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**Traitements:** O-CHOL: Hypocholestérolémiant O-HT: Antihypertenseur  
 -AOD : O-ELIQ: Eliquis O-PRAD: Pradaxa O-XARE: Xarelto  
 -AntiXA, HEPARINE : O-Lovenox O-Innohep O-Fragmine O-Calciparine  
 Date et Heure de dernière injection : .../.../..... à .....h....  
 -ANTIREJETS : O-TACR: Tacrolimus (Prograf) O-CICL: Ciclosporine (Néoral)  
 Date et Heure de dernière prise : .../.../..... à .....h....  
 -ANTIPILEPTIQUES : O-Dépakine O-Carbamazépine (Tégréto) .....  
 Date et Heure de dernière prise : .../.../..... à .....h....  
 -TRAITEMENT MYELOME : O-DARA: Daratumumab (Darzalex)  
 -AUTRES TRAITEMENTS : .....

**RÉCEPTION AU LABORATOIRE :**

Date : ...../...../20 ..... Heure : ..... H ..... Visa : .....

Tubes	Violet	Bleu	Rouge	Gris	Vert	Bactério
Nombres						

- Dates de péremptions vérifiées  
 Heure de réalisation du prélèvement bactériologique : ..... H .....