



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-: -> 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-<u>Autre</u>:.....</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....

-ANTI REJETS : O-TACR: Tacrolimus (Prograf) O-CICL: Ciclosporine (Néoral)
 Date et Heure de dernière prise : .../.../..... à ...h....

-ANTI EPILEPTIQUES : 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