



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

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-: -> Rophilac : Non/Oui,
 -Atcd transfusionnel : Non/Oui.
 O-Groupage Sanguin :
 -Transfu de moins de 4mois: Non/Oui

O-Bilan Pré-Opératoire.
 O-Suivi de grossesse.
 O-Suivi Chimio.
 O-Bilan Scanner / IRM.
 O-Microbiologie.
 -Fièvre : Non/Oui T°°C
 -Aspect lésion:
 -Signes associés:
 -ATBthérapie en cours: Non/Oui
 Nom de l'ATB:
 O-Diabète.
 O-DIAB1: Diabète Type 1
 O-DIAB2: Diabète Type 2
 O-Autre:.....

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 (Tégrétol)
 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
 Réalisation du prélèvement bactériologique : T° Ambiante +4°C Heure :H.....