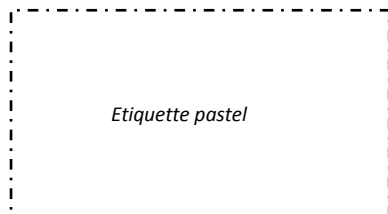


 C.H.I.P.S.	Enregistrement		A4 ENR 24	
	Fiche de renseignement des prélèvements de consultations externes		Version : 1	Page 1/1
Rédacteur : Monediere Jean Christian	Valideur : Girard Mélanie 2022-06-30	Approbateur : Monediere Jean Christian 2022-06-30	Date de mise en application : 2022-07-04	

Identité du patient :



Etiquette pastel

OU

Nom d'usage :

Nom de Naissance :

Prénom :

Date de naissance :

Prélèvement :

Date : Heure :

Nom du préleveur :

Signature du préleveur :

Nature du prélèvement : ☐ Sang ☐ Urines ☐ Autres (préciser) :

Si ECBU : ☐ Recueil sur place ☐ A domicile => Date : Heure : (< 48h)

☐ Miction ☐ Sonde à demeure ☐ Autre

Renseignements cliniques :

- Si bilan de **biochimie** : ☐ A jeûn ☐ Non à jeûn (12h sans nourriture, ni boisson sauf eau)
- Si clairance de **Cockroft** : POIDS Kg
- Si bilan de **coagulation** : Traitement anticoagulant ☐ NON ☐ OUI, préciser :
- Si dosages **thyroïdiens** : Traitement thyroïdien ☐ NON ☐ OUI, préciser :
- Si **βHCG** : Date des dernières règles : / /
- Si dosage de **médicament** : Nom du médicament :
 Date et heure de la dernière prise : / / à
 Date de début de traitement : / /
 Posologie :
- Si sérologie **Toxoplasmose, Rubéole, AgHBs, CMV** : Grossesse ☐ NON ☐ OUI
- Si analyse **bactériologique** : Traitement antibiotique ☐ NON ☐ OUI, préciser :
 Allergie aux antibiotiques ☐ NON ☐ OUI, préciser :
- Si dépistage de **Trisomie 21 fœtale** : vérifier la complétude des informations (poids, tabac...) sur la demande + signature par la patiente