

## 1- OBJET ET DOMAINE D'APPLICATION

Cette fiche de renseignements permet de procéder à des vérifications de l'identité du patient, tout au long du traitement de la demande.

Elle permet également de transmettre toutes les informations nécessaires au traitement de la demande de groupes sanguins ou de RAI.

## 2- DOCUMENT DE REFERENCE

PRO 5.4/11 Prélèvement et transport.

## 3- DESCRIPTION

### 3.1 DOCUMENTS A UTILISER

Le document à utiliser en page 2.

### 3.2 UTILISATION

Lors de la saisie de la demande, la secrétaire (ou le préleveur) doit faire compléter et signer par le patient lui-même (dans la mesure du possible) les renseignements demandés sur la fiche. Dans le cas où le patient ne peut pas retranscrire lui-même son identité, une pièce d'identité sera demandée.

La secrétaire doit s'assurer que l'identité retranscrite par le patient soit concordante avec l'identité enregistrée. Si une discordance est observée, la demande sera mise en attente.

En cas d'absence de cette fiche accompagnant le prélèvement, une non-conformité sera ouverte, et la régularisation des informations sera demandée pour permettre la prise en charge de la demande.

L'étiquette est à coller par le site demandeur si celui-ci est connecté en HPrim Santé avec le site Beaugard. Dans le cas contraire, l'étiquette sera collée sur le site Beaugard suite à la saisie de la demande dans leur informatique.

### 3.3 CLASSEMENT ET ARCHIVAGE

Voir PRO 4.13/01 « Classement et archivage des enregistrements d'origine interne et externe ».

## 4- DOCUMENTS ASSOCIES

**Documents à utiliser**

**Enregistrements à établir**

Page 2.

<b>Rédaction :</b> LEMAITRE François	<b>Validation :</b> LEMAITRE François 2014-12-01	<b>Approbation :</b> PORTUGAL Mireille 2014-12-03	<b>Application :</b> 2014-12-18	Page 1 / 2 Edité le : 28 mai 2018
---	--	---	------------------------------------	---



FICHE DE RENSEIGNEMENTS POUR  
LES GROUPES SANGUINS ET RAI

ENR 5.4/11/27  
VERSION-3



FICHE DE RENSEIGNEMENTS POUR  
LES GROUPES SANGUINS ET RAI

ENR 5.4/11/27  
VERSION-3

Tampon

Etiquette

LABORATOIRE : .....

PRELEVE PAR : .....

DATE : ...../...../..... HEURE : .....

Madame  Monsieur

Nom de naissance .....

Nom d'épouse : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .....

Téléphone de la patiente :

Grossesse : OUI [ ] NON [ ]

Si oui : 1<sup>ère</sup> détermination [ ] 2<sup>ème</sup> détermination [ ]

Si Rhésus négatif : injection de gammaglobulines anti-D (Rhophylac...) OUI [ ] NON [ ]

Si oui date de l'injection : ...../...../.....

Signature :

Tampon

Etiquette

LABORATOIRE : .....

PRELEVE PAR : .....

DATE : ...../...../..... HEURE : .....

Madame  Monsieur

Nom de naissance .....

Nom d'épouse : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .....

Téléphone de la patiente :

Grossesse : OUI [ ] NON [ ]

Si oui : 1<sup>ère</sup> détermination [ ] 2<sup>ème</sup> détermination [ ]

Si Rhésus négatif : injection de gammaglobulines anti-D (Rhophylac...) OUI [ ] NON [ ]

Si oui date de l'injection : ...../...../.....

Signature :