

Obligations relatives au prélèvement des Groupes sanguins et des RAI :

- 1- **VERIFIER** précisément l'identité du patient.
- 2- **IDENTIFIER** Les tubes ET la fiche de Renseignements patient avec les données suivantes :

	tubes	Fiche de R.
Nom d'usage	X	X
Prénom	X	X
Nom de naissance	X	X
Date de naissance	X	X
Lieu de naissance		X
Sexe	X	X
Date et Heure du Prlvt		X
Nom du préleveur		X
Signature du préleveur		X

- 3- **NOTER** votre NOM, mais aussi **ATTESTER** la **vérification de l'identité de votre patient en SIGNANT** cette fiche de Renseignements.

Merci pour votre compréhension

Ref : TDTECSUP53 V : 2.0

Signature



bio ard'aisne

Sexe : M F

Nom d'usage :

Prénom :

Nom de naissance :

DDN :/...../.....

Lieu de naissance :

Adresse :

CP : Ville :

Grossesse en cours : OUI NON (DDR :/...../.....)

Injection de ROPHYLAC : Date :/...../.....

Transfusion dans les 3 derniers mois : OUI NON

Date de prélèvement : le/...../.....

Heure de prélèvement : à h.....

Nom du préleveur :

Signature du préleveur

J'atteste la vérification de L'identité du patient

Obligations relatives au prélèvement des Groupes sanguins et des RAI :

- 1- **VERIFIER** précisément l'identité du patient.
- 2- **IDENTIFIER** Les tubes ET la fiche de Renseignements patient avec les données suivantes :

	tubes	Fiche de R.
Nom d'usage	X	X
Prénom	X	X
Nom de naissance	X	X
Date de naissance	X	X
Lieu de naissance		X
Sexe	X	X
Date et Heure du Prlvt		X
Nom du préleveur		X
Signature du préleveur		X

- 3- **NOTER** votre NOM, mais aussi **ATTESTER** la **vérification de l'identité de votre patient en SIGNANT** cette fiche de Renseignements.

Merci pour votre compréhension

Ref : TDTECSUP53 V : 2.0

Signature



bio ard'aisne

Sexe : M F

Nom d'usage :

Prénom :

Nom de naissance :

DDN :/...../.....

Lieu de naissance :

Adresse :

CP : Ville :

Grossesse en cours : OUI NON (DDR :/...../.....)

Injection de ROPHYLAC : Date :/...../.....

Transfusion dans les 3 derniers mois : OUI NON

Date de prélèvement : le/...../.....

Heure de prélèvement : à h.....

Nom du préleveur :

Signature du préleveur

J'atteste la vérification de L'identité du patient