



Etiquette ORBIS Patient

Nom :
Prénom :
Date de naissance :
Sexe : M F

Etiquette UH Etablissement

Prescripteur :

Préleveur :

Téléphone :

Réception : 24h/24h

**N° ENREGISTREMENT
LABORATOIRE**

PTU3/4 - 29/04/19



Merci de cocher correctement les cases
au stylo à bille noir ou bleu foncé

Date de prélèvement : Jour : ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐ 11 ☐ 12 ☐ 13 ☐ 14 ☐ 15 ☐ 16
☐ 17 ☐ 18 ☐ 19 ☐ 20 ☐ 21 ☐ 22 ☐ 23 ☐ 24 ☐ 25 ☐ 26 ☐ 27 ☐ 28 ☐ 29 ☐ 30 ☐ 31
Mois : ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Jan Feb Mar Avr Mai Juin Juil Aout Sep Oct Nov Dec

Heure : ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐ 11 ☐ 12 ☐ 13 ☐ 14 ☐ 15 ☐ 16 ☐ 17 ☐ 18 ☐ 19 ☐ 20 ☐ 21 ☐ 22 ☐ 23
Min : ☐ 00 ☐ 05 ☐ 10 ☐ 15 ☐ 20 ☐ 25 ☐ 30 ☐ 35 ☐ 40 ☐ 45 ☐ 50 ☐ 55

BILAN TOXICOLOGIQUE D'URGENCE

SANG - 1 tube vert foncé 6 mL - Héparinate de lithium

☐ Bilan prégreffe (coma stade IV)

☐ Antidépresseurs tricycliques

☐ Phénobarbital

☐ Paracétamol

☐ Acide valproïque

☐ Digoxine

☐ Benzodiazépines

☐ Ethanol

☐ Salicylés

☐ Carbamazépine

☐ Phénytoïne

☐ Méthotrexate

Date de perfusion : ____ / ____ / ____

Heure de début de perfusion : ____ h ____

Dose totale perfusée : ____ g

Durée de perfusion : ____

SANG - 1 tube rouge 6 mL sans anti-coagulant

☐ Lithium

URINES - Monovette à urine 4 mL

☐ Benzodiazépines

Recherche de stupéfiants urinaires

☐ Cannabis

☐ Amphétamines

☐ Buprénorphine

☐ Cocaïnes

☐ Ecstasy

☐ Opiacés

☐ Méthadone

Coma : ☐ Oui : ☐ Non

Signe évoquant une intoxication :

Médicament(s) ou substance(s) suspecté(e)(s) :

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

RECHERCHE / DOSAGE DE TOXIQUES

Coma : ☐ Oui : ☐ Non

Signe évoquant une intoxication :

☐ Syndrome pyramidal

☐ Syndrome extrapyramidal

☐ Hyporéflexie

☐ Confusion

☐ Convulsions

☐ Myoclonies

☐ Fièvre

☐ Mydriase

☐ Myosis

☐ Bradycardie

☐ Tachycardie

☐ Troubles métaboliques :

☐ Autres :

Médicament(s) ou substance(s) suspecté(e)(s) :

☐ Non :

☐ Oui :

☐ Lequel :

TRAITEMENTS MEDICAMENTEUX

Motif de la demande :

☐ Evaluation de l'observance

☐ Suspicion de surdosage ou effets indésirables

☐ Autres :

Posologie :

Date de la dernière prise : ____ / ____ / ____

Heure de la dernière prise : ____ h ____

Date de début de la posologie : ____ / ____ / ____

Traitements associés :

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

Cadre réservé au Laboratoire



NON IMPRIMABLE

NON CONFORMITES (cadre réservé au laboratoire) NB: la présence de non-conformité(s) entraînera un retard sur le rendu des résultats

Non conf. informatives :

- ☐ Renseignement absent / incomplet
- ☐ UH absente / illisible
- ☐ Prescripteur absent / illisible
- ☐ Préleveur absent / illisible
- ☐ Tube sans prescription
- ☐ Date prél. absente / erronée
- ☐ Heure prél. absente / erronée

Non conf. discontinuantes :

- ☐ Echantillon non identifié
- ☐ Echantillon manquant
- ☐ Prescription non identifiée
- ☐ Discordance d'identité éch / prescrit
- ☐ Echantillon coagulé
- ☐ Tube mal rempli (hémostase, VS)
- ☐ Quantité d'échantillon insuffisante

- ☐ Echantillon arrivé accidenté
- ☐ Discordance nature éch / analyse
- ☐ Contenant non adapté
- ☐ Conditions de transport non respectées
- ☐ Tube ou flacon vide
- ☐ Délai acheminement dépassé
- ☐ Absence de seniorisation

Analyse(s) :

- ☐ Demande annulée
- ☐ Analyse exceptionnellement réalisée
- ☐ Serv. prévenu
- ☐ Serv. non prévenu
- ☐ Serv. injoignable