



IMPRIME  
Fiche identitovigilance

Diffusion par :  
BIOLOGIE

Processus : Gestion du système d'information\Gestion du dossier patient  
Thème(s): Dossier patient,Vigilances-risques

Page 1 / 1

**EXPEDITEUR :**

**A l'attention de Mr CHUSSEAU**  
CENTRE DE RECEPTION  
ET TRAITEMENT DES ECHANTILLONS  
Centre Hospitalier Universitaire  
Boulevard Jacques Monod – SAINT-HERBLAIN  
44035 NANTES CEDEX  
Tél. : 02.40.16.54.63 – 02.40.16.54.57

**DESTINATAIRE :**

**Fax : 02.40.16 54.55**

Extrait de la procédure 7410-PR-ASQ-TRA-005 DU 07/07/2008 :

« *La qualité des informations saisies sur l'identité des patients lors de l'admission est un impératif qui ne souffre pas de défaillance compte tenu des intérêts médicaux et financiers en jeu : chaque service de soin ou d'aide au diagnostic, ou administratif, concourt à cette qualité soit en l'assurant soit en y veillant.* »

Nous avons bien reçu les prélèvements de Melle, Mme, Mr

Date du prélèvement :

Service :

Médecin prescripteur :

*Etiquette Clinicom*

Mais le dossier est incomplet. En respect des consignes spécifiées dans le courrier en date du 14 mai 2009, pouvez-vous nous faxer à l'adresse ci-dessus, dans les plus brefs délais, ce formulaire dûment complété, daté et signé.

**1. CRITERES OBLIGATOIRES**

<input type="checkbox"/> Nom de jeune fille	.....
<input type="checkbox"/> Sexe	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
<input type="checkbox"/> Adresse	.....
<input type="checkbox"/> Code postal	.....
<input type="checkbox"/> Ville	.....
<input type="checkbox"/> Lieu de naissance	.....

Egalement, dans la mesure des informations en votre possession, merci de renseigner les critères facultatifs suivants :

CRITERES FACULTATIFS	
<input type="checkbox"/> Numéro de téléphone du patient	__ / __ / __ / __ / __
<input type="checkbox"/> Numéro de sécurité Sociale	.....
<input type="checkbox"/> Nom, prénom de l'assuré principal si différent du patient	..... .....
<input type="checkbox"/> Nom, prénom du médecin prescripteur	.....
<input type="checkbox"/> Nom, prénom, adresse, code ADELI du médecin traitant	..... .....

Vous en remerciant par avance.

Je certifie que les informations transmises sont conformes aux pièces présentées par le patient.

Date :

Nom :

Signature