

Traçabilité des tubes de sérum pour préparation de CSA 20 % Prélèvement hors CHU de Poitiers

Document d'enregistrement à **compléter dès le prélèvement** du patient et à envoyer avec les tubes de sang à la pharmacie du CHU de Poitiers.

A compléter par le centre hospitalier préleveur

Identité du patient	Etiquette patient <i>ou</i> Nom : Prénom : Date de naissance :
Identité du préleveur	Nom : Prénom : Signature :
Date et heure de prélèvement	/...../..... à h
Nombre de tubes prélevés	
Les tubes de sang ont été centrifugés dans l'heure suivant le prélèvement et immédiatement stockés à +4 °C.	☐ Oui ☐ Non Signature :

Partie à compléter par la PUI à réception du sang

Nombre de tubes réceptionnés	
Identité du patient (Nom/Prénom/DDN)	☐ Conforme pour tous les tubes ☐ Non conforme
Attestation par le centre hospitalier préleveur de la centrifugation immédiate et conservation au réfrigérateur des prélèvements	☐ Conforme ☐ Non conforme
Conformité des tubes centrifugés	☐ Absence d'hémolyse ☐ Absence d'opalescence ☐ Sérums limpides
Commentaire (<i>ex : 1 tube hémolysé détruit</i>)	
Nom et signature	

Stocker les tubes de sang au réfrigérateur à +4°C après centrifugation