

Pharmacie des HUG, Direction Médicale Service d'Ophtalmologie, Département des Neurosciences

SERUM AUTOLOGUE 20% FICHE DE TRAÇABILITE

PRESCRIPTION	••••	
Etiquette patient ou	Médecin prescripteur :	
	Signature :	
Nom patient :		
	Genève le :	
Prénom :	Unité : Poli Ophtalmo Urgences	
	Lieu de livraison : 4B-0-434	
Date de naissance :	CI : 44 555	
	Tél : 28 405	
	Autre tél :	
Date de livraison :		
Forme galénique : Collyre Durée du traitement : 30 jours	<i>,</i>	
Quantité totale : 30 flacons de 2 mL		
OU ENVOYER PAR MAIL : pharmacie.production@hcuge.ch		
Transmettre la fiche aux soignants pour la prise de sang		
PRELEVEMENT Selon protocole de soins infirmier Serum Autologue		
Infirmier(ère) (initiales HUG) : Date et heure (JJ.MM.AAAA ; HH :MM) :		
Nombre de tubes prélevés : tubes Si nombre différent que 8, indiquez raison :		
Transmettre la fiche au laboratoire pour le traitement des échantillons sanguins		

Suite verso
→

Rédaction : Salim Senhaji / Version 5 / 14.03.2022 / Validation : LEBD, ALCO, CASC, MSQI



SERUM AUTOLOGUE 20% FICHE DE TRAÇABILITE

CENTRIFUGATION		
Technicien (initiales HUG) : Date et heure (JJ.MM.AAAA ; H	H :MM) :	
Nombre de tubes réceptionné: tubes → Correspond au nombre de	e tubes prélevés ? 🗆 OUI	
•	□ NON	
Si non, indiquez raison		
Nombre de tubes *conformes après centrifugation: tubes		
Si non conforme : Nombre de tube éliminé : tubes		
*conforme : jaune claire ou lactescent		
Transmettre la fiche à la pharmacie des HUG pour la fabrication		
FABRICATION Selon protocole Collyre de sérum autologue 20% 2 mL		
Préparateur réception (initiales HUG) :Date et heure (JJ.MM.AAAA ; HH :MM) :		
Nombre de tubes réceptionné: tubes	Etiquette collyre :	
→ Correspond au nombre de tubes après centrifugation ?		
□ OUI		
□ NON		
Si non, raison :		
Transmettre la fiche avec les collyres pour la délivrance		
DICDENCATION		
DISPENSATION		
Infirmier(ère) (initiales HUG) : Date et heure (JJ.MM.AAAA ; HH :MM) :		
Archiver cette fiche dans DPI		