



SERUM AUTOLOGUE 50%

FICHE DE TRAÇABILITE

PRESCRIPTION

Etiquette patient ou

Médecin prescripteur :

Nom patient :

Signature :

Prénom :

Genève le :

Date de naissance :

Unité : Poli Ophtalmo Urgences

Lieu de livraison : 4B-0-434

CI : 44 555

Tél : 28 405

Autre tél :

Date de livraison :

Composition : Sérum autologue 50% (1.0 mL BSS)

Forme galénique : Collyre

Durée du traitement : 30 jours

Quantité totale : 30 flacons de 2 mL

A FAXER A LA PHARMACIE AU 23965

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 :/ **10 tubes**Si nombre différent que **10**, indiquez raison :

Transmettre la fiche au laboratoire pour le traitement des échantillons sanguins

Suite verso
→

SERUM AUTOLOGUE 50%

FICHE DE TRAÇABILITE

CENTRIFUGATION

Technicien (initiales HUG) : Date et heure (JJ.MM.AAAA ; HH :MM) :

Nombre de tubes réceptionné: tubes → Correspond au nombre de 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 50% 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

DISPENSATION

Infirmier(ère) (initiales HUG) : Date et heure (JJ.MM.AAAA ; HH :MM) :

Archiver cette fiche dans DPI