HCC Laboratoires 39 avenue de la Liberté 68024 COLMAR	**FICHE DE SURVEILLANCE TEST A LA SUEUR**	Ref : HCC-PREA-BP-E-029 Version : 02 Applicable le : 21-08-2023

NOM :…….....
PRENOM :……

Médecin prescripteur :……..

Nom et qualité personne pratiquant le test :…….

Date de naissance :…… Age :……

……..……

Nom naissance :……

Adresse + n° tél :……
……
……

Masculin ☐ Féminin ☐

Poids (min : 3,5kg) :….....

Service (UF) :……..

RENDEZ VOUS prévu le (pas le vendredi ni veille de jour férié) : ……

Envoi d'un mail aux HUS pour les prévenir à l'adresse mail suivante LBBM6443Testssueur@chru-strasbourg.fr :
Fait le …… Par…….

INFORMATIONS MEDICALES

Indication du test : ☐ Dépistage ☐ Suivi thérapeutique ☐ Autres :
Dans ce cas : traitement muco et poso : ……
…….. ……..

Traitements médicamenteux autres : ……

Couleur de peau : CLAIRE ☐ FONCEE ☐ INTERMEDIAIRE ☐
Parent accompagnateur : PERE ☐ MERE ☐ AUTRE ☐

Etat général du patient :
……
Etat cutané du patient :
……

DEROULEMENT DU TEST :

Heure de début :……

Préparation cutanée :
Zone choisie :…….
Nettoyage zone : (produits utilisés)…….
Phase stimulation : (iontophorèse 15 à 20 mn max)
Réactions du patient :……..

Particularités :……..

Appel au laboratoire de Hautepierre pour confirmer l'envoi du prélèvement au 03-88-12-89-27.
Fait le ……. Par…….