

FICHE DE SURVEILLANCE DE SAIGNEE

PATIENT

Nom :
Prénom :
Age :

MEDECIN

Nom :
Tel :

INFIRMIERE

Nom :
Tel :

Saignée prescrite le _____ par _____
effectuée le _____

TENSION ARTERIELLE

avant saignée : _____ après saignée : _____

SURVEILLANCE BIOLOGIQUE le _____

GR : _____ Hématocrite : _____
GB : _____ Fer : _____
Hémoglobine : _____ Saturation : _____

Site de ponction :
pli du coude bras gauche
pli du coude bras droit
autre _____

Quantité de sang prélevé : _____ ml

OBSERVATION