

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 :

<u>Site de ponction :</u> pli du coude bras gauche pli du coude bras droit autre

Quantité de sang prélevé :	ml
----------------------------	----

OBSERVATION