

Emetteur : STRUCTURES TRANSVERSALES BIOLOGIE

Date d'application : 22/03/2021

Centre Hospitalier Universitaire de Rennes – pôle de Biologie - 2, rue Henri Le Guilloux 35033 RENNES Cedex 9 - 02 99 28 43 21

Date d'expédition : ... / ... / ....

**Etablissement expéditeur :**

Adresse :

**Référence dossier laboratoire** expéditeur :

 Adresse de **facturation** (si différente de celle de l'expéditeur) :

**NOM DU LABORATOIRE DESTINATAIRE :**

## LE PATIENT

Une étiquette « patient » est préférable à une identification manuscrite :

**coller ici**

En l'absence d'étiquette, merci de compléter les champs à droite

Nom de naissance :

Nom d'usage :

Prénom :

 Sexe :  M  F

Né(e) le : ... / ... / .... A :

Adresse :

N° de sécurité sociale :

**RENSEIGNEMENTS CLINIQUES :**

## LE PRESCRIPTEUR

Nom :

Contact tél :

Copie des résultats à :

Fax :

 messagerie sécurisée

## LE PRELEVEMENT

Date et heure de prélèvement : .... / .... / .... .. à ..... h .....

Nom, prénom et qualité du préleveur :

Nature de l'échantillon :

*Merci de vous reporter aux conditions préanalytiques décrites dans le manuel de prélèvement du CHU de Rennes (renseignements cliniques indispensables, consentement, conditions de transport)*

→ Pour les préleveurs externes n'ayant pas signé de convention avec notre établissement :

Je reconnais avoir pris connaissance du Manuel de Prélèvement du CHU de Rennes et m'engage à respecter les conditions pré-analytiques qui y sont mentionnées.

**EXAMENS DEMANDES** (intitulé tel que rédigé dans le répertoire des analyses du CHU de Rennes)

## RESERVE AU LABORATOIRE

Identité de la personne à réception :

 Conformité de la demande :  OUI  NON

Date et heure de réception :

Nombre de tubes/prélèvements :