

PATIENT (Étiquette / Remplir)

Nom: _____
 Nom de jeune fille: _____
 Prénom: _____
 Date de naissance: _____
☐ Féminin ☐ Masculin
 Adresse, N°: _____
 CP, Ville: _____
 ID patient: _____
 Caisse maladie: _____

Facture à: ☐ Patient ☐ Assurance ☐ Prescripteur

Fixation: ☐ Formol 4%

Infectieux: ☐ HIV ☐ HCV ☐ TBC

Traitements: _____

Prélevé le Date: _____ Heure: _____

PRESCRIPTEUR (Tampon / étiquette / Remplir)

Nom: _____
 Prénom: _____
 Adresse, N°: _____
 CP, Ville: _____
 Téléphone: _____
 Email HIN: _____

Copie à: _____

☐ **URGENT**

Tél: _____

RÉSERVÉ LABO

Date / heure réception: _____

Nb flacons reçus: _____

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

MATÉRIEL 1

☐ Sous-cut	☐ Excision	☐ Biopsie	☐ Shave
☐ Doigt	☐ Cutané	☐ Gauche	☐ Droit
☐ Orteil	☐ Main	☐ Av-bras	☐ Bras
☐ Dos	☐ Pied	☐ Jambe	☐ Cuisse
☐ Cou	☐ Flanc	☐ Ventre	☐ Poitrine
	☐ Tête	Précision: _____	

MATÉRIEL 2

☐ Sous-cut	☐ Excision	☐ Biopsie	☐ Shave
☐ Doigt	☐ Cutané	☐ Gauche	☐ Droit
☐ Orteil	☐ Main	☐ Av-bras	☐ Bras
☐ Dos	☐ Pied	☐ Jambe	☐ Cuisse
☐ Cou	☐ Flanc	☐ Ventre	☐ Poitrine
	☐ Tête	Précision: _____	

MATÉRIEL 3

☐ Sous-cut	☐ Excision	☐ Biopsie	☐ Shave
☐ Doigt	☐ Cutané	☐ Gauche	☐ Droit
☐ Orteil	☐ Main	☐ Av-bras	☐ Bras
☐ Dos	☐ Pied	☐ Jambe	☐ Cuisse
☐ Cou	☐ Flanc	☐ Ventre	☐ Poitrine
	☐ Tête	Précision: _____	

