

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 ☐ PrescripteurFixation: ☐ Formol 4%Infectieux: ☐ HIV ☐ HCV ☐ TBC

Traitements: _____

Prélevé le Date: _____ Heure: _____

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES**MATÉRIELS**

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

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: _____