

PRESCRIPTION POUR LE PATIENT SOURCE

Identification du patient (ou étiquette patient)

Nom :
 Nom de **naissance** :
 Prénom :
 Date de naissance : . . / . . / . .
 N°IPP :

Identification du service demandeur

Etiquette service

Code UF :
 Nom du service :

 Tel :

Date: . . / /
 Heure du prélèvement : . . h . .
 Prescripteur :
 Préleveur :

Cadre réservé au laboratoire

☐ Non conformité pré-analytique

Revue de saisie (initiales) :

Sérologies

(1 tube bouchon marron)

- ☐ *HIV* VIH en urgence
☐ *AGHB* VHB : Antigène HBS
☐ *HC* VHC

si VHC Positif : Faire PCR du VHC

(3 tubes bouchon mauve et remplir la
 Fiche de renseignements pour les examens
 non réalisés au laboratoire – bon rose)

AES du / /