

BIOLOGIE MEDICALE

Biologistes : D. ALI - V. BOUDEN - O. LEMENAND - O. RICHARD – S. SACHOT-OLLIVIER

☎ Standard 02 72 27 80 00 LBM 02.72.27.85.10 📠 02.72.27.85.11

Identification du patient

(Coller les étiquettes sur
les 3 volets de la fiche)

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

Identification du service demandeur

Etiquette service

(Coller les étiquettes sur
les 3 volets de la fiche)

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) :

Nature des prélèvements :

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

Area for clinical information.

EXAMENS PRESCRITS (à remplir par le service)

	B	DESTINATAIRE
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		

A remplir par
le labo de biologie

Si le patient n'est pas hospitalisé :

Joindre l'ordonnance (indispensable pour le remboursement)

RENSEIGNEMENTS POUR LE LABORATOIRE DESTINATAIRE :

- **Résultats** à envoyer : au médecin
 au laboratoire de biologie :
 au patient

**CENTRE HOSPITALIER
BP 414
44606 SAINT-NAZAIRE**

Facturation à envoyer aux **SERVICES LOGISTIQUES CENTRE HOSPITALIER BP 414 - 44606 SAINT-NAZAIRE**