

ETIQUETTE PATIENT

 SEJOUR EN COURS

 (OBLIGATOIRE)

Département ACP
 Enregistré sous le N° 75 233
Dr Marine LEFEVRE
 Tél. 01 56 61 68 03
anapath@imm.fr
DEMANDE D'EXAMEN
 8014

 REFERENCE ACP

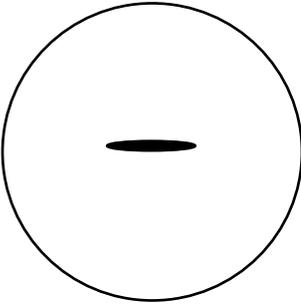
 (OBLIGATOIRE)

DEPARTEMENT MERE ENFANT

MEDECIN PRESCRIPTEUR + Tél. si besoin	IBO/IBODE/IDE + Tél. si besoin	DATE DE PRELEVEMENT	HEURE DE PRELEVEMENT / FIXATION

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES
VACCIN : OUI NONFUMEUSE : OUI NON

HPV :



N° POT	PRELEVEMENT(S) – TYPE DE PRELEVEMENT – SITE ANATOMIQUE D'ORIGINE – RECHERCHES PARTICULIERES

NOMBRE TOTAL DE FLACON(S) ENVOYE(S) :

ATTENTION : EN CAS D'ENVOIS MULTIPLES AU COURS D'UNE MEME INTERVENTION UTILISER UNE FEUILLE POUR CHAQUE ENVOI ET CONTINUER LA NUMEROTATION A PARTIR DU DERNIER NUMERO DE POT ENVOYE PRECEDEMMENT

RESERVE AU DEPARTEMENT ACP

ENREGISTRE PAR	NON CONFORMITE - CODE	HEURE DE FIXATION / INITIALES	PATHOLOGISTE / TECHNICIEN	NOMBRE DE BLOC(S)

OUVERTURE DU DEPARTEMENT : 8H30 A 18H30 DU LUNDI AU VENDREDI

 DURANT LES HEURES D'OUVERTURE ACHEMINER IMMEDIATEMENT LES PRELEVEMENTS
 EN CAS DE FERMETURE, LE WEEK-END ET LES JOURS FERIES, CONSERVER LES PRELEVEMENTS FIXES A TEMPERATURE AMBIANTE ET LES ACHEMINER DES REOUVERTURE
 (PROCEDURE « CONDITIONS GENERALES DE PRELEVEMENT EN ACP » DISPONIBLE SUR VISKALI)

ATTENTION : DANS LE CAS D'UN LIQUIDE BIOLOGIQUE : NE PAS LE FIXER ET LE CONSERVER AU REFRIGERATEUR