

Demande d'analyse

Autres correspondants :

Adresse :

Médecins à informer :

Numéro de Bip :

CADRE RÉSERVÉ AU LABORATOIRE

Date réception :

..... / /

Coller ici
le n° d'examen

NATURE DES PRÉLÈVEMENTS (À COCHER)

- ☐ cytologie
☐ biopsie
☐ pièce opératoire

Tumoral : OUI ☐ NON ☐
Latéralité (si d'application) : GAUCHE ☐ DROITE ☐

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

RISQUE INFECTIEUX

☐ HIV ☐ BK ☐ Autre :

PRÉLÈVEMENTS

Veuillez remplir le tableau au verso pour l'identification de tous vos prélèvements

Date : / /

Heure : h

Médecin demandeur (cachet + signature)

[illegible]