

DEMANDE D'EXAMENS DANS LE CADRE D'UN AES DANS UN ETABLISSEMENT EXTERIEUR

Service de Biologie Clinique

40, rue Worth – BP36 92151 SURESNES Cedex

☎ secrétariat: du lundi au vendredi 8h30 -17 h30 Tel : 01-46-25-22-96 Fax : 01-46-25-24-22

Permanence des soins à partir de 17h30 et les Week end : ☎ 01 46 25 27 13

Etablissement prescripteur :

Identité prescripteur :

Signature prescripteur :

Téléphone prescripteur :

Identité préleveur :

Identité Patient

ou étiquette

Nom :

Nom de naissance :

Prénom :

Date de naissance :

Sexe :

Résultats à communiquer fi: du logiciel Blue Médi. Seule la version électronique fait foi

préciser le nom de la personne à contacter

ses coordonnées (téléphone , fax ou messagerie)

Date du prélèvement :

Heure du prélèvement :

Renseignements cliniques :

AES

Antécédents récents (moins de 1 mois) de vaccination contre l'hépatite B

Antécédents d' AgHBs positif ou sérologie HIV ou HCV positives

BILAN AES

2 tubes sec de 3.5 ml A transmettre au laboratoire dans un délai de 4 heures , conservation à température ambiante

Sérologie HBV HCV HIV

HIV urgent :

En cas d'antécédent de sérologie HIV ou HCV positives 3 tubes EDTA 4 ml

A transmettre au laboratoire dans un délai de 4 heures , conservation à température ambiante

Charge virale HIV

Charge virale HCV