



SOUS
TRAITANCE R4

DEMANDE D'EXAMEN ENVOI EXTERIEUR

Réf : BC/PR30/FORM02
Version : 2
Date d'application : 15/09/2014

SERVICE DE BIOLOGIE CLINIQUE (Pr M. Vasse)
40, rue Worth – BP36 92151 SURESNES Cedex
Tél secrétariat: 01 46 25 22 96 Fax : 01 46 25 24 22

Urgent
(cocher)

UF/SERVICE :

Date du prélèvement : / / Heure du prélèvement h mn

Prescripteur ou biologiste transmetteur (Nom/prénom): :

Préleveur (Nom/prénom/Fonction):

Patient :

Nom :
Nom de naissance :
Prénom :
Sexe : F M
Date de naissance :
Service demandeur :

OU

Etiquette du patient

Nom de l'analyse demandée :

Origine du prélèvement pour la microbiologie :

Renseignements cliniques nécessaires à l'interprétation (consulter le **Manuel de Prélèvement et joindre si besoin les formulaires associés dûment complétés) :**

Remarques :

Signature prescripteur ou
du biologiste transmetteur: