

IDENTITÉ DU PATIENT OU ÉTIQUETTE

NOM : _____ PRÉNOM : _____

NÉ(E) LE : | | | | | | | | | | ☐ C.S.S.* ☐ A.L.D.* (* Fournir l'attestation)

ADRESSE : _____

CODE POSTAL : | | | | | | | | VILLE : _____

N° PORTABLE : _____ N° SS : _____

Médecin préleveur

Résultat au patient :

☐ OUI
☐ NON

Autre(s) correspondant(s)

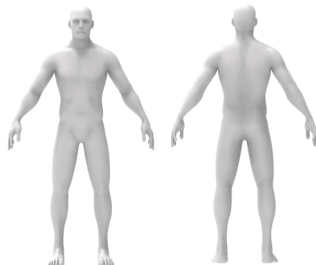
HOSPITALISATION : ☐ OUI
☐ NON

TRANSMISSION ÉPIDÉMIOLOGIQUE : ☐ ACCEPTE
☐ REFUSE

DATE ET HEURE : _____

Nature et Siège du prélèvement : ☐ BIOPSIE
☐ EXÉRÈSE

Renseignements cliniques / marqueurs biologiques :



☐ Vaccination anti-HPV
☐ Traitement hormonal
☐ Ménopause / Date DR :

Validation de la demande :

COMMANDE DE MATÉRIEL

☐ seaux :
☐ grands flacons de 1 l :
☐ moyens flacons de 150 ml :
☐ petits flacons de 60 ml :
☐ tubes immunofluorescence :
☐ fiches de renseignements :

☐ sachets plastiques :
☐ enveloppes kraft :
☐ lames :
☐ porte-lames :
☐ enveloppes :
☐ fixateur :

☐ spatules :
☐ écouvillons :
☐ cyto-brush :
☐ flacons frottis/HPV :
☐ autre (précisez) :

☐ Demande non conforme