LABORATOIRE DE BIOLOGIE MEDICALE – CH ARRAS

Boulevard Besnier – 62022 ARRAS cedex

☐ **URGENT**

N°travail LBM

Identité Patient
Nom
Prénom
Nom de jeune fille
Date de naissance
Sexe

Cachet du service

Prescripteur : _____
médecin ☐ interne ☐ sage-femme ☐

Date et heure de prélèvement : ___/___/____ à ___ h ___ min

Préleveur : identité : _____

fonction : _____

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

SEROLOGIES VIRALES URGENTES
AEV (AES INCLUS)
PATIENT SOURCE

EXAMENS DE BIOLOGIE MEDICALE

- ✓ Sérologie VIH
- ✓ Hépatite B : Ag HbS
- ✓ Sérologie Hépatite C

- ✓ Charge Virale Hépatite C si sérologie positive

TUBES A PRELEVER : 2 TUBES SECS, 1 TUBE EDTA
Code d'enregistrement : « AEVSO » *(hors charge virale)*

Autorisation à pratiquer une sérologie VIH

Je soussigné(e), Monsieur ou Madame : ……

Né(e) le : ……/……/……..

Demeurant à ……..……

Autorise le Centre Hospitalier d'Arras à pratiquer une sérologie V.I.H. sur mon prélèvement sanguin.

☐ Le patient ne peut donner son accord.

Fait à Arras, le …../…../……..

Signature :