

ETIQUETTE UH SERVICE PRESCRIPTEUR  <b>UH Obligatoire</b>	ETIQUETTE MEDECIN Ou  Nom: Prénom :	ETIQUETTE PATIENT Ou  Nom : Prénom : NIP/IPP : Date de naissance :	ETIQUETTE Préleveurs Ou  Nom : Prénom :
---	---	--	---

<b>Z756</b> Mars 2019	<b>HOPITAL SAINT-LOUIS</b> <b>Accueil Centrale de Biologie</b> 1, rue Claude Vellefaux, 75010 PARIS	<b>Secteur Examens Externalisés</b> Tél : 01.42.49.95.24 Fax : 01.42.49.44.70
--------------------------	---	--

## Feuille de demande d'examens externalisés

Tél poste infirmière (**obligatoire**) : \_ \_ \_ \_ \_

DATE du prélèvement   /   /   HEURE du prélèvement   H

EXAMEN(s)DEMANDE (s) ( <b>en lettre capitale</b> )	NATURE DU PRELEVEMENT <input type="checkbox"/> Sang <input type="checkbox"/> Urine <input type="checkbox"/> LCR <input type="checkbox"/> Selles <input type="checkbox"/> Moelle <input type="checkbox"/> LBA <input type="checkbox"/> Autre (préciser) : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
--	---

**Renseignements cliniques et thérapeutiques nécessaires pour l'interprétation des résultats** : (traitements, bilans systématiques, ATCD, ...) :

.....

Hôpital destinataire :

Laboratoire destinataire :

**Placer les tubes dans un sac transparent**  
**Joindre 1 feuille de demande non photocopiée par laboratoire destinataire**  
**Joindre 2 étiquettes identité patient par examen demandé**

**CADRE RESERVE A LA RECEPTION CENTRALE DE BIOLOGIE**

Heure de réception   H      Initiales

Etiquette  
ORDO demande

Date (si différente du prélèvement): .....

Quantité de prélèvements reçus:    HEPLI

Tubes primaires : Rouge  Ocre  Violet  Vert  Rose  bleu  Citrate

LCR  Urine  Selle  Lame  Autre  (préciser) : .....

**Non-Conformités:**

Tube non conforme     Absence étiquette tube     Discordance feuille/tube     Absence étiquette feuille : .....

Conditions de transport (température, délai, abri lumière) : .....

Absence heure prélèvement

Autre (préciser) .....