

	Formulaire	Référence	FORM-02891	
	Demande d'examens d'anatomie pathologique à transmettre au CHRU de Nancy	Version	01	Page 1 sur 1
		Applicable le	15/03/2019	

Établir une demande par laboratoire exécutant ET pour toute demande d'analyse complémentaire ou modificative

Identification de l'établissement demandeur

Nom	
Adresse	

Identification du patient

Nom patronymique	
Nom d'usage	
Prénom	
Sexe	
Date de naissance	
Adresse	

Prescription

Nom du pathologiste référent de l'établissement demandeur	
Adresse MSS du pathologiste référent	
Nom du médecin prescripteur (si envoi du résultat souhaité)	
Adresse MSS du médecin prescripteur	
Date de prélèvement	
Heure de prélèvement	
Nom du préleveur	
Intitulé de l'analyse demandée	
Nature du prélèvement	
Nombre de tubes / blocs / lames	
Identification du laboratoire CHRU Nancy destinataire	
Conditions de conservation pour le transport	<input type="checkbox"/> TA <input type="checkbox"/> 4°C <input type="checkbox"/> 20°C <input type="checkbox"/> Carboglace
Documents associés	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui

Facturation

Votre n° de bon de commande / pour rappel sur facture	
Adresse de facturation	

Le montant des honoraires sera pris en charge par l'établissement demandeur

Signature	
-----------	--