BON DE DEMANDE D'EXAMEN DE BIOLOGIE MEDICALE

à adresser au **LABORATOIRE DE BIOLOGIE MEDICALE DU CHU DE GRENOBLE**
Institut de Biologie et de Pathologie
CHU GRENOBLE

IDENTITE ETABLISSEMENT DEMANDEUR

Service :……
Adresse :……..
CP :……
Ville :……
Tel :……
Fax :……..

IDENTITE PATIENT (ou <u>étiquette</u>)

Nom : ……
Prénom : ……..
Nom de naissance : ……
Date de naissance : …… /……/ ……....
Sexe : M □ F □

IDENTITE PRELEVEUR

Nom : ……
Prénom : ……
Fonction : ……

Date du prélèvement : ……
Heure du prélèvement : ……

☐ **URGENT** :
……

☐ Incident survenu au cours du prélèvement :
……
……
……

IDENTITE PRESCRIPTEUR

Nom du prescripteur :……
Service :……
CP :……
Ville :……..
Tel :……
Fax :……

Joindre la prescription médicale (ordonnance) et le(s) prélèvement(s) biologique(s)

EXAMEN DEMANDÉ : ……..
Site du prélèvement : ……
Type et nombre de conditionnements (tubes) : ……..……

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES (OBLIGATOIRES) : ……
……
……
……
……

TRAITEMENTS EN COURS (Anticoagulants : nature, dosage, modifications ; Anti-infectieux …) :
……
……
……
Poids : ……. Kg Taille : …… m ……

EN CAS DE DOSAGE DE MEDICAMENT :

- nom et posologie du médicament : ……
- date et heure de la dernière prise (impératif) : ……..
- date du début de traitement et/ou de la modification de la posologie : ……..

N° DE REFERENCE DE LA DEMANDE :

……

ENVOI DES RESULTATS : ……
……
……

ORGANISME A FACTURER :……
……
……

CADRE RESERVE AU LABORATOIRE

Visa personnel réceptionnant prélèvement :

Date et heure de réception :

Etiquette laboratoire :

Demande conforme : □ Oui □ Non

Préciser la non-conformité :