



PATIENT(E)

Nom : Prénom :

Date de naissance : _/_/_ Sexe : ☐ F ☐ M ☐ Indéterminé

Lieu de naissance :

MEDECIN/LABORATOIRE PRESCRIPTEUR

Nom : Prénom :

Hôpital/Service : Laboratoire:

Cachet du médecin

.....

Ville : Tél :

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES (indispensable pour la prise en charge du prélèvement)

☐ Date et heure de prélèvement :

☐ Pathologie :

☐ Traitement :

☐ Régime :

☐ Lieu de travail :

☐ Hémodialyse

☐ Autres renseignements :