

## Pôle de Biologie Médicale & Pathologie FEUILLE DE DEMANDE D'EXAMEN

### LABORATOIRE DEMANDEUR

Adresse :

Prescripteur :

Téléphone/ fax :

Préleveur :

Date et heure de prélèvement :

### IDENTITE DU PATIENT

Nom de naissance :

Prénom :

Date de naissance :

Sexe : F

M

### LABORATOIRE DESTINATAIRE

Nom :

Adresse :

Biologiste responsable de l'examen :

### EXAMEN DEMANDE

Nom de l'examen :

Nature du prélèvement :

Cotation :

Urgent : OUI  NON

Renseignements cliniques justifiant la demande :