Rédaction
E Vinner

Approbation
P Fialdès

PRA-FE-CBP-026 –V6 17/08/2015

Centre Hospitalier Régional Universitaire de Lille

DIRECTION DELEGUE A LA QUALITE ET A LA SECURITE DES SOINS — DOCUMENT ENREGISTRE

DEMANDE D'EXAMEN(S) BIOLOGIQUE(S) SOUS-TRAITES

(hors protocole de recherche)

Analyses extérieures - RDC Centre de Biologie Pathologie
Tél : 03.20.44.54.31

DEMANDEUR : ☐ Laboratoire ☐ Service clinique

N° UF : Tél :

Service demandeur :

Adresse : ……..……..
……...
……...
……...

IDENTITE DU PATIENT :

N° DE VENUE (IEP) :
NOM de naissance :
NOM usuel :
PRENOM :
SEXE :
DATE DE NAISSANCE :

PRELEVEUR :

Nom et prénom : ……
Date et heure du prélèvement : le

MEDECIN PRESCRIPTEUR :

Nom et prénom :
Tél : ……..……. Fax : ……..…….

EXAMEN(S) DEMANDE(S) (Intitulé précis) :
«LibelleAnalyse»
Nature : ☐ Sang ☐ Sérum X Plasma / préciser l'anticoagulant : héparinate de Lithium……
☐ Urines (diurèse = ……) ☐ Culture ☐ Autre (à préciser) : ……
Nombre de tubes transmis : 1
Infectiosité : ☐ Prélèvement infectieux catégorie B X Prélèvement catégorie A
Renseignements cliniques obligatoires :
POSOLOGIE : …… NOMBRE PRISES par 24H : ……
Date et Heure DERNIERE ADMINISTRATION : ……..
Date et Heure PRELEVEMENT : ……
MODE ADMINISTRATION : ……..

Justification de l'envoi : X Examen non réalisé dans les laboratoires du CHRU de Lille
☐ Autre (à préciser) : ……

DESTINATAIRE :

NOM du destinataire : Pr W.COUET…….. Tél (obligatoire) : 05 49 44 49 83
NOM du laboratoire ou de l'hôpital : Réception centralisée des prélèvements (RCP) – CHU de Poitiers
ADRESSE (précise et complète) :
Laboratoire de Pharmacologie et Toxicologie
2 rue de la Milétrie – BP 577 – 86021 Poitiers Cedex

CONDITIONS ET DELAIS DE LIVRAISON

Conditions de transport : ☐ T° ambiante ☐ T° réfrigérée x Congelé
Délai de livraison : En France Métropole : J+1 du lundi au jeudi (si traité avant 12h00)
Pour AP-HP : Tournée dédiée du lundi au vendredi : départ 5H00 (livraison avant 12H00)
Pour les envois Urgents : appeler le 44384 avant 17H00.

RECEPTION DE LA DEMANDE D'EXAMEN(S) : Date et heure de réception : le ……/……/…… à ……

☐ **Dès la réception de ce document, merci de le faxer au 03.20.44.56.46**

ENVOI DES RESULTATS : Les compte-rendu d'examens, y compris la copie des compte-rendu d'examens des caractéristiques génétiques d'une personne à des fins médicales (original à transmettre au prescripteur), sont à envoyer au :
Secrétariat des analyses extérieures (tél : 03.20.44.45.55) **Rue Paul Nayrac 59037 LILLE CEDEX**.

ENVOI DE LA FACTURE : La facture est à adresser à la **Direction des Laboratoires** (Tél : 03.20.44.55.01)
C.H.R.U. DE LILLE – CS 70001 - Centre de Biologie Pathologie - 1 Bd Pr. Jules Leclercq 59037 Lille CEDEX.

Document réalisé en conformité avec la réglementation IATA

© *Document interne, propriété C.H.R.U. de LILLE*