Centre Hospitalier Régional Universitaire de Lille

DEMANDE DE BIOLOGIE ENVOYEE A L'EXTERIEUR DU CHU

Analyses extérieures - RDC Centre de Biologie Pathologie
Tél : 45431

DEMANDEUR : ☐ Laboratoire ☐ Service clinique
N° UF : …… Tél : ……..…

Service demandeur : ……..……
Adresse : ……..……..
……...
……...
……...

IDENTITE DU PATIENT :
(Coller une étiquette ou écrire lisiblement)
N° DE VENUE (IEP) : ……
NOM de naissance : ……..……
NOM usuel : .....……..……
PRENOM : …….....
SEXE : ☐ F ☐ M
DATE DE NAISSANCE : le ……/……/……

PRELEVEUR :
Nom et prénom : ……
Date et heure du prélèvement : le ……/……/……à …..

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

OBJET DE LA DEMANDE (OBLIGATOIRE) :

☐ SOIN (sous-traitance d'examen)
☐ Transmission interlaboratoire (hors sous-traitance)
☐ Protocole de recherche
☐ Simple transport

EXAMEN(S) DEMANDE(S) (Intitulé précis) :
……...……
……...……

TOUTE DEMANDE DE SOUS-TRAITANCE NON PRECISE (type génétique, biologie moléculaire, exome….) sera REFUSEE
JOINDRE UN DOCUMENT A L'ATTENTION DU SOUS-TRAITANT PRECISANT LES RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

Nature : ☐ Sang ☐ Sérum ☐ Plasma / préciser l'anticoagulant : ……
☐ Urines (diurèse = ……) ☐ Culture ☐ Autre (à préciser) : ……

Nombre de tubes transmis : ……
Infectiosité : ☐ Prélèvement infectieux catégorie B ☐ Prélèvement catégorie A

DESTINATAIRE :
NOM du destinataire : …… Tél (obligatoire) : ……
NOM du laboratoire ou de l'hôpital : ……
ADRESSE (précise et complète) :
……
...……

CONDITIONS ET DELAIS DE LIVRAISON
Conditions de transport : ☐ T° ambiante ☐ T° réfrigérée ☐ 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 (tél : 03.20.44.45.55) **:** Les compte-rendu d'examens sont à envoyer au : **Secrétariat des analyses extérieures - Centre de Biologie Pathologie - Rue Paul Nayrac - C.H.U. DE LILLE – CS 70001 - 59037 LILLE CEDEX**
Pour **les examens des caractéristiques génétiques** d'une personne à des fins médicales, un document attestant **au minimum** la réalisation de l'examen sera **obligatoirement** envoyé à l'adresse ci-dessus pour assurer la traçabilité et permettre le règlement de la facture

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

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