



**ETIQUETTE
PATIENT**

**ETIQUETTE
SERVICE**

PRELEVEMENT

Date :...../...../.....

Heure : ___ h ___

Nom du préleveur :

PRESCRIPTEUR

Tampon ou nom lisible :

RESERVE AU LABORATOIRE

RECEPTION

Date :/...../.....Heure :

Initiales :

PRECISER :

LA NATURE DU PRELEVEMENT :

- Sang veineux
- Sang capillaire
- Sang de cordon

*NB : 3 mL de sang sont nécessaires, prélevés **de préférence** dans 1 tube à bouchon bleu roi, EDTA K₂ éléments trace (à demander au laboratoire) ou 1 tube à bouchon mauve EDTA-K₂ ou 1 tube à bouchon vert foncé Héparinate de sodium*

LE CONTEXTE DE LA DEMANDE :

- Exposition professionnelle → Joindre la fiche de prélèvement correspondante
- Saturnisme infantile → Joindre la fiche Cerfa 12378*03
- Autre(s) → Compléter la case « renseignements cliniques »

Renseignement(s) clinique(s) :