



# FEUILLE DE PRESCRIPTION D'EXAMEN DE BIOLOGIE MÉDICALE

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE RENNES  
Pôle de BIOLOGIE – Réception centrale des analyses  
2 rue Henri Le Guilloux 35033 RENNES cedex 9

STANDARD CHU : 02 99 28 43 21 / poste : 89 055 ou poste : 85 642

Date d'expédition : ... .. / ..... /..... <b>Établissement expéditeur :</b> Nom : Adresse :	<b>Adresse de facturation :</b> (si différente de celle de l'expéditeur)
--	---

**NOM DU LABORATOIRE DESTINATAIRE :**

## LE PRÉLÈVEMENT

Date de prélèvement : ... .. / ..... /.....      Heure de prélèvement :  
Nom du préleveur :      Qualité du préleveur :

## LE PATIENT

Une étiquette « patient » est préférable à une identification manuscrite

*En l'absence d'étiquette, merci de compléter les informations suivantes*

Nom d'usage :  
Nom de naissance :  
Prénom :      Sexe :    M    F  
Date de naissance : ... / ... /...      Lieu de naissance :  
Adresse :

## LE PRESCRIPTEUR

Nom du prescripteur :	Contact tél :
	Fax :
Copie des résultats à :	

## VOTRE DEMANDE

Nature de l'échantillon	Examens demandés	Renseignements cliniques

Certains examens nécessitent des conditions particulières (Renseignements cliniques obligatoires, formulaires de consentement, conditions de transport) : merci de bien vouloir vous reporter aux **conditions pré-analytiques précisées dans le Manuel de Prélèvement consultable sur le site Internet du CHU et respecter les conditions de transport selon la réglementation en vigueur.**

Pour les préleveurs externes n'ayant pas signé de Convention avec le CHU :

- J'ai pris connaissance du Manuel de Prélèvement du CHU de Rennes et m'engage à respecter les conditions pré-analytiques qui y sont mentionnées.

## CADRE RÉSERVÉ AU LABORATOIRE

Identité de la personne à réception : Date et heure de réception :	Conformité à réception : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
---	--