CHU Rennes	**Bon de demande d'examen préleveur externe**	Codification : LBM EN 000318 Version : 04
Emetteur : STRUCTURES TRANSVERSALES BIOLOGIE		Date d'application : 14/06/2023

Centre Hospitalier Universitaire de Rennes – pôle de Biologie - 2, rue Henri Le Guilloux 35033 RENNES Cedex 9 - 02 99 28 43 21

Date d'expédition : … / … / …. **Etablissement expéditeur** : Adresse : **Référence dossier laboratoire** expéditeur :	Adresse de **facturation** (si différente de celle de l'expéditeur) :

NOM DU LABORATOIRE **DESTINATAIRE** :

LE PATIENT

Une étiquette « patient » est préférable à une identification manuscrite : **coller ici** En l'absence d'étiquette, merci de compléter les champs à droite	Nom de naissance : Nom d'usage : Prénom : Sexe : ☐ M ☐ F Né(e) le : … / … / …. A : Adresse : N° de sécurité sociale :

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES :

LE PRESCRIPTEUR

Nom :	Contact tél :	Fax :
Copie des résultats à :	☐ Messagerie sécurisée :	

LE PRELEVEMENT

Date et heure de prélèvement : …. / …. / …. .. à …… h …..

Nom, prénom et qualité du préleveur :

Nature de l'échantillon :

Merci de vous reporter aux conditions préanalytiques décrites dans le manuel de prélèvement du CHU de Rennes (renseignements cliniques indispensables, consentement, conditions de transport)

➔ *Pour les préleveurs externes n'ayant pas signé de convention avec notre établissement :*

☐ *Je reconnais avoir pris connaissance du Manuel de Prélèvement du CHU de Rennes et m'engage à respecter les conditions pré-analytiques qui y sont mentionnées.*

☐ Je n'*autorise pas le CHU de Rennes à utiliser le code barre INS*

EXAMENS DEMANDES (intitulé tel que rédigé dans le répertoire des analyses du CHU de Rennes)

RESERVE AU LABORATOIRE

Identité de la personne à réception :	Conformité de la demande : ☐ OUI ☐ NON
Date et heure de réception :	Nombre de tubes/prélèvements :