

FEUILLE DE RENSEIGNEMENTS CLINIQUES POUR EXPERTISE SEROLOGIQUE

- ☐ CMV
☐ Rubéole

- ☐ Relais Abbott
☐ Expertise Roche
☐ Siemens

LABORATOIRE EXPEDITEUR

Nom et adresse :

Téléphone :

Courriel Apicrypt :

PATIENT

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

PRELEVEMENTS

Date(s) du (des) prélèvement(s) :

Nature du (des) prélèvement(s) : Sérum ☐ Plasma ☐ Autre ☐ :

Nombre de prélèvements transmis :

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

Date des dernières règles :

Date de début de grossesse :

Vaccination contre la rubéole : Non ☐ Oui ☐ (date :) Ne sait pas ☐

Signes cliniques

Adénopathies ☐ Fièvre ☐ Asthénie ☐ Eruption cutanée ☐

Autres :

Existe-t-il des résultats pour ce prélèvement et/ou antérieurs : Oui ☐ Non ☐

Si oui, merci d'en joindre une copie

RECEPTION DES PRELEVEMENTS

N° enregistrement

Température de transport : Congelé ☐ +4°C ☐ Température ambiante ☐

Prélèvement conforme : Oui ☐ Non ☐

TRANSMISSION DES RESULTATS

Date :

Faxés ☐

Téléphonés ☐

Postés ☐

Biologiste :

Secrétaire :