



PRESCRIPTEUR(S) ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐ 11 ☐ 12 ☐ 13 ☐ 14 ☐ 15 ☐ 16
☐ 17 ☐ 18 ☐ 19 ☐ 20 ☐ 21 ☐ 22 ☐ 23 ☐ 24 ☐ 25 ☐ 26 ☐ 27 ☐ 28 ☐ 29 ☐ 30 ☐ 31
 Date de prélèvement OBLIGATOIRE ☐ Jan ☐ Feb ☐ Mar ☐ Avr ☐ Mai ☐ Juin ☐ Juil ☐ Aou ☐ Sep ☐ Oct ☐ Nov ☐ Dec
☐ 0h ☐ 1h ☐ 2h ☐ 3h ☐ 4h ☐ 5h ☐ 6h ☐ 7h ☐ 8h ☐ 9h ☐ 10h ☐ 11h
☐ 12h ☐ 13h ☐ 14h ☐ 15h ☐ 16h ☐ 17h ☐ 18h ☐ 19h ☐ 20h ☐ 21h ☐ 22h ☐ 23h
 Heure de prélèvement OBLIGATOIRE ☐ 0 min ☐ 10 min ☐ 20 min ☐ 30 min ☐ 40 min ☐ 50 min

PRELEVEUR
 N° de salle : Tél. :

CH Avranches	CH Fougères	CH Redon	CH Vitré	CH Laval	Case CH à cocher impérativement
-----------------	----------------	-------------	-------------	-------------	------------------------------------

Renseignements biocliniques et d'imagerie :

Biopsie ou pièce opératoire

Modalités de l'analyse :

- ☐ extemporané (tél :)
☐ analyse standard

Type de prélèvement :

- ☐ biopsie
☐ exérèse

Siège et Nature du prélèvement :

Réservé laboratoire

☐ Fixé ☐ Non fixé

Nombre de prélèvements

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10
☐ 11 ☐ 12 ☐ 13 ☐ 14 ☐ 15 ☐ 16 ☐ 17 ☐ 18 ☐ 19 ☐ 20

☐ Non-conforme
 enregistré par :

.....

N° PATIENT

UF
PRESCRIPTEUR

N° LABORATOIRE

UF
PRELEVEUR