

	<input type="radio"/>	sachets de transport	<i>commentaires :</i>
	<input type="radio"/>	flacons de frottis cervico-vaginal	<i>commentaires :</i>
	<input type="radio"/>	brosses de prélèvement frottis cervico-vaginal	<i>commentaires :</i>
	<input type="radio"/>	Seau de formol pré-rempli pour pièce opératoire (2L)	<i>commentaires :</i>
	<input type="radio"/>	Seau de formol pré-rempli pour pièce opératoire (1L)	<i>commentaires :</i>
	<input type="radio"/>	Seau de formol pré-rempli pour pièce opératoire (500mL)	commentaires :

	<input type="radio"/>	seau vide (contenance 2L)	<i>commentaires :</i>
	<input type="radio"/>	seau vide (contenance 1L ml)	<i>commentaires :</i>
	<input type="radio"/>	Seau vide (contenance 500 mL)	<i>commentaires :</i>
	<input type="radio"/>	flacon de formol pré-rempli pour petite résection/pièce opératoire (60 ml)	<i>commentaires :</i>
	<input type="radio"/>	flacon de formol pré-rempli pour biopsie (30 ml)	<i>commentaires :</i>
	<input type="radio"/>	flacon de formol pré-rempli pour biopsie (10 ml)	



**LAB** BON DE DEMANDE D'EXAMEN ANATOMO-CYTOPATHOLOGIQUE (partie administrative) Éprouvette de laboratoire

URGENT  Extemporain

**IDENTIFICATION PRESCRIPTEUR :** Copier et coller

Copie à : \_\_\_\_\_

**IDENTIFICATION PATIENT :** (Coller sur l'étiquette patient)

Sexe :  F  M

Nom : \_\_\_\_\_ Prénoms : \_\_\_\_\_

Age de naissance : \_\_\_\_\_

N° de sécurité sociale : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Codé postal : \_\_\_\_\_ Mairie : \_\_\_\_\_

Tel : \_\_\_\_\_

**Cause de contactement au service malade**

**Motivité**

envoyer une copie de ce bon de demande à votre médecin de droit et de la mutuelle

Je ne dispose de la transmission de mes données médicales aux services de gestion des diagnostics. Éprouvette de patient

**IDENTIFICATION PRELEVEMENT(S)** **Nombre de Pot(s) :** ...

HISTOLOGIE  CYTOLOGIE AUTRE  FROTIS CERVICO-VAGINAL

(Ecou de Frottis) (SMA, urines, liquide pân-toracal, etc...) (Frotis HPV, frottis anaire, cytologie)

**DETAILS DE LA DEMANDE ET RENSEIGNEMENTS CLINIQUES A PRECISER AU VERSO**

\*Pour approfondir un examen microbiologique, contactez nous par mail ou par téléphone 0818 18 18 18

\*Un prélèvement de sang et effectué à votre microbiologie ne sera pas pris en charge dans notre laboratoire

Dr Omer MAJLUF  
LAB Clinica Santé Québec (EP) Réseau de bios de M&H  
97400 La Rivière-Clairière  
Tél : (021) 46 31 00 - Fax : (021) 46 31 00 - contact@labclm.net  
Toutes les informations sur notre site : [www.labclm.net](http://www.labclm.net)

Flacons pour cytologie autre (urines)

commentaires :

Bons de demandes