

DEMANDE DE BIOLOGIE ENVOYEE A L'EXTERIEUR DU CHU

Réception des Analyses Extérieures - Centre de Biologie Pathologie

Tél : 03 20 445 431 Fax : 03 20 445 646

A compléter par le Service Clinique

IDENTITE DU PATIENT :		UNITE DE SOINS :	
N° DE VENUE : (IEP)	Coller impérativement une étiquette Patient	UF :	Cachet du service
NOM de naissance :		Tél :	
NOM usuel :		Service demandeur :	
PRENOM :			
SEXE : <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M			
DATE DE NAISSANCE :/...../.....			
MEDECIN PRESCRIPTEUR : (OBLIGATOIRE)		PRELEVEUR :	
Nom et prénom :		Nom et prénom :	
Tél : Fax :		Date et heure du prélèvement : (OBLIGATOIRE)	
Adresse postale :		Le / / à	
Adresse messagerie sécurisée (mssante).			
OBJET DE LA DEMANDE (OBLIGATOIRE) :			
<input type="checkbox"/> Soin (sous-traitance d'examen)		<input type="checkbox"/> Protocole de recherche	
<input type="checkbox"/> Transmission interlaboratoire (hors sous-traitance)		<input type="checkbox"/> Simple transport	
EXAMEN(S) DEMANDE(S) (Intitulé précis) :			
.....			
Renseignements cliniques :			
.....			
.....			
<input type="checkbox"/> Document(s) joint(s) <input type="checkbox"/> Consentement Nombre de tubes transmis :			
DESTINATAIRE :			
NOM du destinataire :		Tél (obligatoire) :	
NOM du laboratoire ou de l'hôpital :			
ADRESSE (précise et complète) :			
.....			
.....			
Délai de livraison : En France Métropole : J+1 du lundi au vendredi (si traité avant 12h00) AP-HP Paris intramuros : Tournée dédiée du lundi au vendredi : départ 02H00 (livraison avant 12H00)			
Pour les envois Urgents : appeler le 44384 avant 16h30.			
Cadre réservé au Laboratoire			
Nature :	<input type="checkbox"/> Sang	<input type="checkbox"/> Sérum	<input type="checkbox"/> Plasma / préciser l'anticoagulant :
	<input type="checkbox"/> Urines (diurèse)	<input type="checkbox"/> LCR	<input type="checkbox"/> Autre (à préciser) :
Nombre de tubes transmis :	<input type="checkbox"/> Conditions particulières :		
Conditions de transport : <input type="checkbox"/> Ambiant <input type="checkbox"/> Réfrigéré <input type="checkbox"/> Congelé			

ENVOI DES RESULTATS : Secrétariat des Analyses Extérieures - Centre de Biologie Pathologie -
Rue Paul Nayrac - CHU DE LILLE - CS 70001 - 59037 LILLE (Tél : 03.20 444 555 Fax : 03 20 446 962)
Adresse sécurisée : laboratoire.analysesexterieures@chu-lille.mssante.fr

ENVOI DE LA FACTURE : Direction des Laboratoires - Centre de Biologie Pathologie -
1 Bd Pr. Jules Leclercq - CHU DE LILLE - CS 70001 - 59037 Lille CEDEX
Les factures sans référence externe du CHU de LILLE ne seront pas honorées
(Tél 03 20 445 962 (poste 38368 ou 43647) ou compta fournisseurcbp@chu-lille.fr)

FDA