

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	
UNITE DE SOINS : UF :Tél :	IDENTITE DU PATIENT : (Coller une étiquette ou écrire lisiblement) N° DE VENUE (IEP) :
Service demandeur :	NOM de naissance :
	NOM usuel :
	PRENOM:
	SEXE: F M
	DATE DE NAISSANCE : / /
MEDECIN PRESCRIPTEUR :	PRELEVEUR:
Nom et prénom : Fax :	Nom et prénom :
Adresse postale :	Date et heure du prélèvement : (OBLIGATOIRE)
Adresse messagerie sécurisée (mssante).	Le/ à
OBJET DE LA DEMANDE (OBLIGATOIRE): Soin (sous-traitance d'examen) Protocole de recherche Transmission interlaboratoire (hors sous-traitance) Simple transport	
EXAMEN(S) DEMANDE(S) (Intitulé précis) : Renseignements cliniques :	
Document(s) joint(s) Consentement Nombre de tubes transmis :	
DESTINATAIRE: NOM du destinataire:	
Délai de livraison : En France Métropole : J+1 du lundi au vendredi (si traité avant 12h00)	
Délai de livraison :En France Métropole : J+1 du lundi au vendredi (si traité avant 12h00)Pour AP-HP : 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 : Sang Sérum Plasma / préciser l'anticoagulant :	
Urines (diurèse) LCR Autre (à préciser) :	
Nombre de tubes transmis :	
Conditions de transport : Ambiant Réfrigéré 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

(Tél 03 20 445 962 (poste 38368 ou 43647) ou comptafournisseurcbp@chu-lille.fr

FDA