



FORMULAIRE D'ENREGISTREMENT

DEMANDE D'EXAMENS
PATIENT SOURCE AESPage 1 sur 2
ENR-260-V3
Date d'application:
12/05/2022

HÔPITAL ROBERT PAX - LABORATOIRE DE BIOLOGIE MEDICALE

2 rue René François Jolly - BP 50025 57211 SARREGUEMINES CEDEX

Téléphone: 03 87 27 33 20 - Fax: 03 55 45 81 29

Biologistes médicaux Dr. KHORSI S. - Dr. JAHJAH S. - Dr. MOUNZER S.

NOM:

NOM DE NAISSANCE:

PRENOM:

DATE DE NAISSANCE:

SEXE: ☐ F ☐ M

OU

ETIQUETTE PATIENT

URGENCE : ☐

(routine si non renseigné)

UF:

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES ET/OU THERAPEUTIQUES:

DATE: IDENTITE ET SIGNATURE DU PRESCRIPTEUR:

EXAMENS

- ☐
- ANTICORPS VIH
-
- ☐
- ANTICORPS VHC
-
- ☐
- ANTIGENE Hbs
-
- ☐
- ANTICORPS Hbc

- ☐
- CHARGE VIRALE VIH, SI PATIENT SOURCE CONNU VIH+
-
- ☐
- PCR VHC, SI PATIENT SOURCE CONNU VHC+

PRELEVEMENT (à remplir par le préleveur)

IDENTITE DU PRELEVEUR:

QUALITE DU PRELEVEUR:

NOMBRE D'ECHANTILLON(S): DATE ET HEURE DU PRELEVEMENT:

AUTRES INFORMATIONS SUR LE PRELEVEMENT:

TRANSMISSION AU LABORATOIRE (à remplir par le transmetteur)

DATE ET HEURE DE DEPOT: IDENTITE DU TRANSMETTEUR:

QUALITE DU TRANSMETTEUR:

RECEPTION AU LABORATOIRE (à remplir par la personne réceptionnant le prélèvement)

DATE ET HEURE DE SAISIE:

CONFORMITE A LA RECEPTION:

- DE LA PRESCRIPTION ☐ OUI ☐ NON*- DES SPECIMENS BIOLOGIQUES ☐ OUI ☐ NON*

* dans ce cas enregistrer la non-conformité dans le système informatique du laboratoire ou sur le formulaire de dysfonctionnement, non-conformité, réclamation

DESTINATAIRE DU RENDU DES RESULTATS

☐ SERVICE DES URGENCES HOPITAL ROBERT PAX
☐ SERVICE DES URGENCES HOPITAL SAINT JOSEPH

☐ MEDECIN DU TRAVAIL CENTRE HOSPITALIER SARREGUEMINES
☐ AUTRE MEDECIN DU TRAVAIL :

NOM :
PRENOM :
ADRESSE :
.....
.....

DESTINATAIRE DE LA FACTURATION

☐ CENTRE HOSPITALIER DE SARREGUEMINES
☐ CENTRE HOSPITALIER SPECIALISE

☐ AUTRE :

NOM :
PRENOM :
ADRESSE :
.....
.....