

Etiquette Patient

Etiquette Service

PRESCRIPTEUR  
Moustiquette

Nom :  
Fonction  
N° APHP :



Contact labo : 14882

PRELEVEUR

Moustiquette ou tampon

Nom :  
Fonction  
N° APHP :

Date et heure de prélèvement

**Jour** 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  
**Mois** 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12

**Heures** 00 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23  
**Minutes** 00 15 30 45

LABORATOIRE DE QUALIFICATION VIROLOGIQUE

Résultats attendus pour le :

N° de FAX :

Donneur cellules souches hématopoïétiques

(Sérologies: HIV, HTLV, Syphilis, Toxo G, VCA G, CMV G, AgHBs, AchBc, HCV + DGV: VIH, VHB, VHC, VHE)

4 X  4 X 

Receveur cellules souches hématopoïétiques

(Sérologies: HIV, HTLV, Syphilis, Toxo G, VCA G, CMV G, AgHBs, AchBc, AchBc, HCV, HSV, VZV)

4 X  1 X 

+ PCR VHE

Donneur vivant d'organe

(Sérologies: HIV, HTLV, Syphilis, Toxo G, VCA G, CMV G, AgHBs, AchBc, HCV, HAV T + DGV: VIH, VHB, VHC, VHE)

4 X  4 X 

CART'cells

(Sérologies: HIV, HTLV, Syphilis, AgHBs, AchBc, HCV, DGV: VHE)

2 X  1 X 

Sérologie Sars CoV2

(Uniquement pour les qualifications virologiques)

1 X 

Autre examen virologique

Justification obligatoire : \_\_\_\_\_

Cadre réservé au laboratoire

Conformité vérifiée par :



Nombre de tubes secs :

Nombre de tubes EDTA :

T° d'acheminement : Ambiante / +4°C / Congelés

Tubes centrifugés : Oui / Non

Tubes décantés : Oui / Non

Horodater la feuille de demande

NC Ident  NC Presc  NC Prél  NC Trans  NC Labo  NC Tubes surnuméraires

Tri Pré Ana