

Laboratoire d'anatomopathologie
Hôpital d'Arlon
Rue des Déportés, 137 B-6700 ARLON
Tél. : 063 / 55 15 29

URGENT

1. IDENTIFICATION PATIENT :

NOM

PRENOM

D.N.

ADRESSE

MUTUELLE

Réservé au laboratoire

Numéro de demande :

Initiales méd/tech : NC :

2. DATE du prélèvement :

3. PRESCRIPTEUR (Nom, prénom, adresse, n°INAMI, signature) :

COPIE POUR :

MT

Autre (Nom + Prénom) :

Refus du patient de transmission des résultats aux traitants, signature patient :

4. NOMBRE TOTAL DE FLACONS :

LAMES :

5. PRELEVEMENT : Caractère infectieux (HIV, BK,...)

LOCALISATION

**RENSEIGNEMENTS
CLINIQUES UTILES**

**Heure prélèvement
+ Heure fixation**