

ETIQUETTE CODE-BARRE
PATIENT

Médecin prescripteur :

Nom du préleveur :

Tél :

Cadre réservé au laboratoire

Nombre d'échantillons :

Conformité de la demande : OUI ☐ NON ☐

Signature :



☐ MER ☐ MON ☐ PLA ☐ PD1 ☐ PD2 ☐ SZA ☐ HDS ☐ HER ☐ GARD ☐ ARD
☐ TARN ☐ GERS ☐ RHO ☐ SITEP ☐ IEL ☐ LOIRET ☐ FIN ☐ MOR ☐ ROU ☐ USCM
☐ USCC ☐ SAR ☐ HJ. Med ☐ HJ. Péd ☐ PLC ☐ AUTRE -----
☐ C1A ☐ C2A ☐ C2B ☐ C2C ☐ C3A ☐ C3B ☐ C3C ☐ CHL

Date de prélèvement : ☐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 jour
☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5 ☐6 ☐7 ☐8 ☐9 ☐10 ☐11 ☐12 mois

Heure de prélèvement : ☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5 ☐6 ☐7 ☐8 ☐9 ☐10 ☐11 ☐12/24 heure(s) ☐AM ☐PM
☐0 ☐5 ☐10 ☐15 ☐20 ☐25 ☐30 ☐35 ☐40 ☐45 ☐50 ☐55 minute(s)

Température Patient : ☐34 ☐35 ☐36 ☐37 ☐38 ☐39 ☐40 ☐41 ☐42
☐0 ☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5 ☐6 ☐7 ☐8 ☐9

Renseignements cliniques:

* Cocher IMPERATIVEMENT la case correspondant aux flacons prélevés.

ETIQUETTES CODE * A BARRE DES FLACONS	PERIPHERIQUE	KT VEINEUX CENTRAL	CHAMBRE SOUS - CUTANEE (PAC)	KT ARTERIEL	KT DIALYSE (Hémoclav)
☐ HEMOC AEROBIE 					
☐ HEMOC ANAEROBIE 	☐	☐	☐	☐	☐
☐ HEMOC AEROBIE 					
☐ HEMOC ANAEROBIE 	☐	☐	☐	☐	☐