


| | | |
|---|--|--|
|  <p> GROUPEMENT DES HÔPITAUX DE L'INSTITUT CATHOLIQUE DE LILLE </p> | <p>LABORATOIRE</p> <p><u>Formulaire d'enregistrement</u> :</p> <p>Confirmation de l'identité d'un prélèvement précieux mal ou non identifié</p> | <p>Pages : 1 / 1</p> <p>Date d'application : JUILLET 2014</p> <p>Indice de révision : 2</p> <p>Ref. HB4-ENR 04</p> |
|---|--|--|

Ce document doit être complété par le **préleveur** lorsque le prélèvement précieux non ou mal identifié est accepté par **dérogation** par le laboratoire.

Il doit être transmis le plus **rapidement** possible au laboratoire lors de l'identification du prélèvement concerné par le préleveur au laboratoire.

| | |
|---|---|
| Je soussigné(e), | |
| Fonction : | |
| Service : | |
| Signature : | |
| Confirme avoir effectué le prélèvement et atteste de l'identité du prélèvement réalisé le : | |
| Nature du prélèvement : | |
| <u>Identité correcte :</u> | <u>Identité erronée</u> (le cas échéant) |
| Nom du patient : | Nom du patient : |
| Prénom du patient : | Prénom du patient : |
| Date de naissance : | Date de naissance : |

Remarque pour le laboratoire : Ce document doit être agrafé avec le bon de demande d'examen.

Numéro de dossier laboratoire :