

**A JOINDRE A TOUT PRELEVEMENT ADRESSE AU LABORATOIRE DU CHU Dijon Bourgogne**

**(Si informations non retrouvées sur votre propre fiche)**

|  |  |
| --- | --- |
| ***Votre référence*** |  |

***Cachet de l’établissement (avec identité, adresse et N° FINESS) OU médecin prescripteur à qui seront facturées les prestations***

|  |
| --- |
|  |

***En vertu de l’INSTRUCTION N° DGOS/PF4/DSS/1A/2018/46 du 23 février 2018 relative aux actes de biologie médicale et d’anatomopathologie hors nomenclatures éligibles au financement au titre de la mission d’intérêt général d’enseignement, de recherche, de rôle de référence et d’innovation G03, aux règles de facturation de ces actes et aux modalités de délégation, ce document ou tout autre format vaut pour engagement à payer.***

***La facture ne sera accompagnée d'aucune copie du présent bon de demande d'examens.***

**POLE DE BIOLOGIE ET PATHOLOGIE**

***Chef de Pôle***: ***Docteur GUERARD Pascal***

**Directeur délégué: Mr. BOURGET Thierry**

**Cadre supérieur : Mme. BOULEY Geneviève**

PLATEFORME DE BIOLOGIE

HOSPITALO-UNIVERSITAIRE

2 rue Angélique Ducoudray

BP 37013

F-21070 DIJON CEDEX

Tél : 03 80 29 56 77

Fax : 03 80 29 56 90

**Patient *(\* renseignements obligatoires*)**

***Étiquette patient*** *à coller*

* Nom d’usage\* :
* Nom de naissance\*:

**OU**

* Prénom(s)\*:
* Sexe\*:
* Date de naissance\* :
* Lieu de naissance\* :
* Adresse\* :      ……………………………………………………………………………………………….
* N° Sécurité Sociale\*:                                     /
* Téléphone :

**Prescription** Joindre la copie de la prescription **ou à défaut** indiquer **l’identité du prescripteur** (nom, prénom, qualité et adresse, n° RPPS), les examens demandés ainsi que la date de la prescription :

…………………………………………………………………………………………………………………………..

* Adresse mail du prescripteur (*sécurisée)* :………………………………………………………………….

**Prélèvement**  **Date et heure de prélèvement** :……………….

 Identité du préleveur (nom, prénom, qualité) :

 Nombre d’échantillons : …………….T° amb.  + 4°C  – 20 °C

 Nature: (sang, sérum, plasma, urines, LCR, autres) :………………………….

 Si prélèvement sanguin, préciser la nature de l’anticoagulant utilisé (*si tube secondaire*) :

 Grossesse : OUI  NON

 Conditions de prélèvement (à jeun ? horaires de prise de médicament à doser ? autres ?……) :

……………………………………………………………………………………………………………………………………

*Partie reservée au Laboratoire*

**Réception**  Date et heure :

 Par : (nom, prénom, qualité)

 Observations : (si anomalies, remplir une fiche de non-conformité et cocher)