

POLE DE BIOLOGIE ET PATHOLOGIE

Chef de Pôle: Docteur GUERARD Pascal

Directeur délégué: Mr. Guillaume KOCH

Cadre supérieur : Mme. Brigitte de BOULARD

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 :

- Nom d'usage :
- Nom de naissance :
- Prénom :
- Sexe :
- Date de naissance :
- Lieu de naissance :
- Adresse* :
- Tél* :
- N° Sécurité Sociale (**obligatoire ***) : /

OU

Étiquette patient

**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.*

* En l'absence de ces renseignements, votre demande ne pourra être traitée

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

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 :
- Conditions de prélèvement (*à jeun ? horaires de prise de médicament à doser ? autres ?.....*) :
.....
.....
- Grossesse : OUI NON

Réception

- Date et heure :
- Par : (*nom, prénom, qualité*)
- Observations : (*si anomalies, remplir une fiche de non-conformité et cocher*)