Bon de demande d'examen adressé au
LABORATOIRE de BIOLOGIE MEDICALE MULTI SITES du CHU de LYON

Zone obligatoire à remplir **LABORATOIRE/ETABLISSEMENT DEMANDEUR** Adresse : CP : Ville : Tél : *La facture et le CR seront adressés à l'établissement demandeur*	***PATIENT :*** *Coller 1 étiquette patient ou compléter :* **Nom usuel :** **Nom de naissance :** **Prénom(s) de naissance :** **Date de naissance :** **Sexe :** **Code INSEE du lieu de naissance :** **Matricule INS :** N° : Nature : ☐ NIR ☐ NIA

PRESCRIPTEUR : Dr ……
Adresse :

Téléphone :

Date de PRELEVEMENT	**Heure de PRELEVEMENT**	☐ Non à jeun ☐ A jeun > 8h ☐ A jeun > 12h
☐☐ / ☐☐ / ☐☐	☐☐ : ☐☐	

Référence Dossier à rappeler sur Compte Rendu et la Facture :

LABORATOIRE DE BIOLOGIE MEDICALE MULTI SITES DU CHU DE LYON
Service biologie concerné (à compléter) :

☐ **CBP Est** 04 72 12 96 09	☐ **CBP Sud** 04 78 86 57 00	☐ **CBP Nord** 04 72 00 37 24
CBP Est- G. Hospitalier Est- Bât A3 Unité d'accueil des prélèvements 59 Boulevard PINEL 69500 BRON Cedex	CBP Sud- G Hospitalier Sud-Bât 3D Unité d'accueil des prélèvements 165 Chemin du Grand Revoyet 69495 PIERRE BENITE Cedex	CBP Nord- G Hospitalier Nord-Bât O Unité d'accueil des prélèvements 103 Grande Rue de la Croix Rousse 69004 LYON

EXAMEN DEMANDE *en toutes lettres :*

Nature du Prélèvement : ☐ **SANG** ☐ **URINES** ☐ **SELLES** ☐ **LCR** ☐ **Autres :**

Conditions de transport et de conservation : ☐ **T° ambiante** ☐ **Réfrigéré** ☐ **Congelé** ☐ **Carboglace**

Nombre de prélèvement(s) envoyé(s) :

Pré-traitement effectué (conditions pré-analytiques du catalogue BIOBOOK) : ☐ **Oui** ☐ **Non**

Date : **Par :**

Documents fournis : ☐ **Consentement (analyses génétiques)** ☐ **Courrier :**

Le bon de demande d'examens de biologie vaut acceptation de la facture correspondante.

Ref : MU-PréA-DE-085-01