Bon de demande d'examens 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 :** **Date de naissance :** **Sexe :** **UF hébergement :**

PRESCRIPTEUR : Dr ...
Adresse :

Téléphone :

Date de PRELEVEVEMENT ☐ ☐ / ☐ ☐ / ☐ ☐	**Heure de PRELEVEMENT** ☐ ☐ : ☐ ☐

Référence Dossier à rappeler sur Compte Rendu et la Facture :

LABORATOIRE DE BIOLOGIE MEDICALE MULTI SITES DU CHU DE LYON
Service concerné :

☐ **CBP Est** 04 72 12 96 10/09 CBP Est- G. Hospitalier Est- Bât A3 Secrétariat PTPP 59 Bd PINEL 69500 BRON Cx	☐ **CBP Sud** 04 78 86 12 51 CBP Sud- G Hospitalier Sud-Bât 3D Chemin du Grand Revoyet 69495 ST GENIS-LAVAL Cx	☐ **CBP Nord** 04 72 00 37 24 CBP Nord- G Hospitalier Nord-Bât O 104 Grande Rue de la Croix Rousse 69004 LYON Cx

EXAMEN DEMANDE *en toutes lettres :*

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

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

Noter le type et le nombre de tube(s) envoyé(s) : .....
Pré traitement : **Le :** **Par :**

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

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