



LABORATOIRES AGRÉÉS

TRISOMIE 21

GÉNÉTIQUE

FIV

ANALYSIS

## Demande de renseignements de prélèvement

Merci de bien vouloir fournir au laboratoire les renseignements suivants pour le dossier N° :

- Date :
- Heure de prélèvement :
- Identité préleveur :
- Nom Patient :
- Nom de Jeune fille :
- Prénom Patient :
- Date de naissance Patient :
- Sexe Patient :      M               F
- Traitement :
- Autre :

J'autorise le Laboratoire ANALYSIS à reporter ces renseignements dans le dossier patient.

Fait à .....

Le .....

Signature :

**A RETOURNER PAR FAX au 03 29 68 49 59 ou [secretariat@analysis.fr](mailto:secretariat@analysis.fr)**

11, Chemin de la belle au bois dormant  
88000 ÉPINAL  
Tél. 03 29 68 04 04 - Fax. 03 29 68 49 59

[www.analysis.fr](http://www.analysis.fr) | [contact@analysis.fr](mailto:contact@analysis.fr)  
SELARL Capital 301 518 €  
RCS Epinal - SIREN 308 820 927