



LABORATOIRES AGRÉÉS

TRISOMIE 21

GÉNÉTIQUE

FIV

ANALYSIS

## Demande de renseignements de prélèvement

Numéro de dossier :

Paraphe :

### **Informations préleveur :**

- Date de prélèvement :
- Heure de prélèvement :
- Identité préleveur :

### **Informations patient :**

Identité figurant sur la CNI :  
(Carte Nationale d'Identité)

- Nom :
- Nom de naissance :
- Prénom :
- Date de naissance :
- Sexe : M  F
- Poids :  Taille :

### **Informations pour groupe sanguin et/ou bilan pré-anesthésique et/ou bilan hémostase :**

- Transfusion < 4 mois :  oui  Non
- Grefe de moelle osseuse :  Oui  Non
- Traitement anticoagulant :  Oui : lequel :  Non
- Date de l'intervention : .....

### **Autre :**

- Injection Rophylac  oui : A quelle date :  Non
- .....

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 | [www.analysis.fr](http://www.analysis.fr) | [contact@analysis.fr](mailto:contact@analysis.fr)  
88000 ÉPINAL | SELARL Capital 301 518 €  
Tél. 03 29 68 04 04 Fax 03 29 68 49 59 | RCS Epinal SIREN 308 820 927