

ETIQUETTE LABORATOIRE

MACLINIQUE  
Rue du test  
44819 SAINT-HERBLAIN

Tél : 02 02 02 0202 / Fax : 02 03 03 03 22  
N°FINESS



Date d'entrée : 25/03/2024 à 09:02  
Date de prescription : le 25/03/2024 à 11:01

URGENT : NON

<b>IPP</b>	
<b>N° Dossier</b>	1 2 3 4 5 6  0 0 0 0 0 0 0 1 1 2 4 5 6 8
<b>Sexe</b>	Féminin
<b>Nom</b>	TEST
<b>Nom de naissance</b>	TESTNAIS
<b>Prénom</b>	Chloé
<b>Prénom usuel</b>	Chloé
<b>Date de naissance</b>	12/12/2001
<b>N° sécurité sociale</b>	2011244032045 77
<b>Poids</b>	52.0 kg
<b>Taille</b>	165 cm
<b>Adresse</b>	
<b>Téléphone</b>	/ 06 07 08 09 10
<b>Chambre</b>	508
<b>Lit</b>	508
<b>Service</b>	F niveau 3 médecine
<b>Médecin responsable</b>	THEDOC Test
<b>Médecin traitant</b>	TRAITDOC Testeur

**Le 25/03/2024**  
**Faire pratiquer les analyses (4)**

Biologie	Bactério
CRP	HEMOCULTURE
Ionogramme (Na-K-Cl)	
NFS Numération formule plaquettes	

**Administrations**  
**Motif d'hospitalisation**

Aucun motif n'a été défini pour ce patient

Médecin prescripteur

**Dr THEDOC Test**

Signature :

N°RPPS :



Nom et signature du préleveur : .....

Date et heure du prélèvement : .....

AT : en lien avec l'accident de travail

Le laboratoire se réserve le droit de refuser un prélèvement s'il ne correspond pas aux recommandations du laboratoire, ou d'émettre des réserves en fonction de la qualité de l'échantillon reçu et des contraintes techniques éventuelles

