

 LAM Memmi Mahjoubi	FORMULAIRE	Code : FOR-CLT-01
	DEMANDE D'ANALYSE (une feuille par patient)	Date de création : 27/04/2017 Date de modification : 05/01/18 Version : 01

Les items en rouge sont obligatoires

Code labo

Laboratoire prescripteur :

LE PATIENT

Nom du patient

Prénom du patient

Date de naissance du patient

j	j	m	m	a	a

Sexe :

Renseignements cliniques

.....

Renseignements trisomie 21

Poids : Kg

Tabac

Diabète

Antécédents de trisomie 21

Date des dernières règles* :/...../.....

LCC (mm)* :

Date d'échographie* :/...../.....

Clarté nucale (mm)*:

LE PRELEVEMENT

Date du prélèvement/...../..... àh

Nature du prélèvement

Sérum

Plasma EDTA

Plasma hépariné

Plasma citraté

Autre

Avant l'envoi, le prélèvement a été conservé à

20-25°C (T° ambiante)

2-8°C (Réfrigéré)

-20°C (Congelé)

LA PRESCRIPTION

- 1-
- 2-
- 3-
- 4-

LE RESULTAT

FAX

MAIL

SITE