Numéro de la demande : JJ/MM/AA n°.....

Information patient

Sexe : F ☐ M ☐

Enfant : Garçon ☐Fille ☐

Nom :.....

Prénom :.....

Date de naissance :.....

N° CIN :.....

Renseignements cliniques

Renseignement cliniques :.....

.....

.....

Traitement :.....

.....

☐ Grossesse. Date début grossesse :.....

Date de dernière règle : .....

Prélèvement

Lieu de prélèvement :.....	**Date de prélèvement :**.....
Heure de prélèvement :.....	**Nom, prénom du préleveur :**.....
Nature prélèvement :.....	**Nombre de tubes:** ⌊__⌋ Congelé (s), ⌊__⌋ T°ambiante ⌊__⌋ Réfrigéré (s)

Examens demandés :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Merci de consulter notre catalogue d'examens disponible sur notre site Web : www.lram-fgr.ma

RECEPTION AU LABORATOIRE (Réservé au LRAM)

Réception du prélèvement :

Jour: .....Heure(s)..... Minute(s).....Infirmier :.....

Av. Ibn Sina – Agdal – Rabat 10100 – Tél : 0537 674 100 / 102 – Fax : 0537 670 058 – e-mail : qualite.lram@lram-fgr.ma

Ce document est la propriété du LRAM. Toute reproduction est interdite