|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ETABLISSEMENT DE SANTE EMETTEUR** |  | **LABORATOIRE DESTINATAIRE** |
|  |  | Etablissement Français du Sang – Ile-de-FranceSite Henri MONDORContrôle Qualité de l’Unité d’Ingénierie et de Thérapie Cellulaire5 rue Gustave Eiffel94000 CRETEILBiologiste : H. ROUARDSecrétariat : 🕿 01 56 72 76 32 🖶 01 56 72 21 23Laboratoire : 🕿01 56 72 76 36 🖶 01 56 72 21 15 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Identité du patient** | **Prescripteur** | **Unité de soins** | **Identité du prélèveur** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NOM**(De naissance) : PrénomETIQUETTE D’HOSPITALISATIONNOM(marital) Date de naissance[ ]  M [ ]  F | Nom & Qualité :Date : | **SERVICE :** ETIQUETTE CBCODE UF**CODE UF :** 🕿 :🖶 : | Nom & Qualité :Date :Heure : |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Renseignements cliniques** |  | **Si demande urgente cocher ici** [ ]  |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **EXAMEN DEMANDE** | **NATURE DU PRELEVEMENT** |
| [ ]  Numération des cellules CD34+ | Sang veineux1 Tube EDTA de 5 ml (bouchon violet) |

|  |
| --- |
| **Validation de la demande (réservé au laboratoire)** |
| **N° de la demande** (réservé EFS) | **Demande conforme**[ ]  oui [ ]  nonParaphe EFS | **Réception**:Date :Heure : |
| **Description non-conformité :**[ ]  Demande régularisée [ ]  Dérogation |