|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ETABLISSEMENT DE SANTE EMETTEUR** |  | **LABORATOIRE DESTINATAIRE** |
|  |  | Etablissement Français du Sang – Ile-de-France  Site Henri MONDOR  Contrôle Qualité de l’Unité d’Ingénierie et de Thérapie Cellulaire  5 rue Gustave Eiffel  94000 CRETEIL  Biologiste : H. ROUARD  Secrétariat : 🕿 01 56 72 76 32  🖶 01 56 72 21 23  Laboratoire : 🕿01 56 72 76 36  🖶 01 56 72 21 15 |

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NOM**  (De naissance) :  Prénom  ETIQUETTE D’HOSPITALISATION  NOM  (marital)  Date de naissance  M  F | Nom & Qualité :  Date : | **SERVICE :**  ETIQUETTE CB  CODE UF  **CODE UF :**  🕿 :  🖶 : | Nom & Qualité :  Date :  Heure : |

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

|  |  |
| --- | --- |
| **EXAMEN DEMANDE** | **NATURE DU PRELEVEMENT** |
| Numération des cellules CD34+ | Sang veineux  1 Tube EDTA de 5 ml (bouchon violet) |

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