



Merci de remplir obligatoirement tous les items

Je soussigné(e),

nom/prénom :

fonction :

de l'unité de soins :

certifie que l'échantillon biologique :

- dont le contenant est

- prélevé le :

- identifié au nom de :

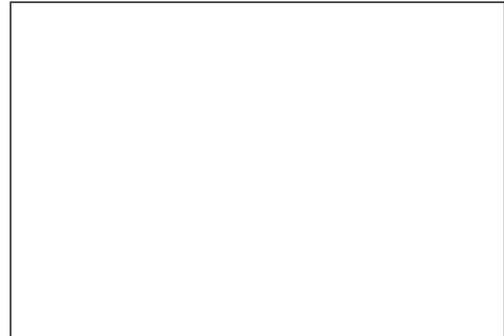
- dont l'identité sur la demande est :

- transmis à l'unité du LBM suivante :

le :

correspond au patient suivant :

coller impérativement l'étiquette



Date : **Signature :**

Remarques :

Nom de la personne du LBM ayant géré la non-conformité :