



Merci de retourner ce formulaire au fax suivant :

Je, soussigné(e)

(indiquer vos nom, prénom, fonction occupée)

certifie que :

- le prescripteur a demandé des examens pour le patient suivant
- avoir prélevé(e) le patient suivant

- **Nom de naissance :**
- **Nom usuel :**
- **Prénom :**
- **DDN :**

et engage ma responsabilité sur l'identité de ce patient.

J'ai pris connaissance que ce type de dysfonctionnement peut engendrer des risques dans le rendu des résultats et que, à titre exceptionnel, la demande sera traitée.

Un commentaire sera indiqué sur le compte rendu du laboratoire.

Si possible, en cas de demande de groupes sanguins / RAI, accompagner la décharge d'un document officiel.

Fait à le

Signature