



LABORATOIRE DE BIOLOGIE MEDICALE SYLAB

AURILLAC	81, avenue Charles de Gaulle	Tél. 04 71 48 11 48
AURILLAC	23, Place du Square	Tél. 04 71 48 11 48
BORT-les-ORGUES	55, place Marmontel	Tél. 05 55 96 00 72
FIGEAC	Combe de Lavayssière	Tél. 05 65 50 73 33
FIGEAC	15 rue Paul Bert	Tél. 05 65 50 30 50
MAURIAC	27, avenue Fernand Talandier	Tél. 04 71 67 35 50
SAINT-CÉRÉ	75, rue du Sol de Trémelle	Tél. 05 65 38 05 85

FICHE de SUIVI d'ÉCHANTILLON

Date et heure du prélèvement : à h

M. M^{me} Enfant garçon Enfant

Nom d'usage

Nom de Naissance :

Prénom :

Tél. : Date de naissance : / /

Adresse :

.....

Espace réservé
au Laboratoire
«Étiquette patient»

Noter votre nom et prénom sur le flacon, merci.

N° de sécurité sociale :

Caisse : CPAM MSA

Mutuelle : autres précisez :

.....

En l'absence des éléments ci-dessus, nous ne pouvons pas pratiquer le tiers payant

Prescription Jointe Au labo Absence de prescription (*dans ce cas renseigner les informations ci-dessous*)

Médecin traitant :

Examens demandés :

Résultats : au labo à poster à faxer internet (*consentement disponible sur www.labo-sylab.fr*)

Compte rendu transmis systématiquement au prescripteur sauf avis contraire du patient :
cochez

Réception au laboratoire : à h par
collage vérif

échantillon conforme oui non NC :

.....

