RESO
ASSOCIATION RÉSILIENCE OCCITANIE
HANDICAP, DÉPENDANCE, SOIN

SOI-LAB-FT-01

Demande de prélèvement au laboratoire de Larrard et associés

A faxer avec l'ordonnance avant 17 heures (sauf urgences) au 05 61 94 70 16

Le : ..... / ..... / .....

Patient : ❑ Mademoiselle ❑ Madame ❑ Monsieur

Nom : ..... Prénom : .....
N° de chambre : .....
N° de l'étage : .....

Jour et date du prélèvement souhaité : ..... / ..... / .....

Cabinet d'infirmier(e)s souhaité	*Préférence éventuelle pour un(e) infirmier(e)*	*N° interne LABM*
❑ Nicole POURCHARET	_____	8124
❑ Nathalie AUSSET	_____	8124

Identité du demandeur : _____

Cadre réservé au laboratoire

Demande traitée par : ..... le ..... / ..... / .....

❑ Infirmier(e) contacté(e) : .....
❑ Message laissé au cabinet

Confirmation de réception du message reçu par : .....
le ..... / ..... / ..... *à* ..... *h* .....

EHPAD La Bastide –Lieu-dit « Le pré commun » 31360 BEAUCHALOT
Tél : 05 61 97 83 00 – Fax : 05 61 97 83 99 – E.mail : ehpad.labastide@res-o.fr