

BON DE COMMANDE : Matériel hors gynécologie

PRESCRIPTEUR / SERVICE :

MATERIEL	QUANTITE SOUHAITEE
HISTOLOGIES	
Flacon 20 ml (avec formol 10% rosé) (F10)	
Flacon 60 ml (avec formol 10% rosé) (F25)	
Flacon 150 ml (avec formol 10% rosé) (F60)	
Pot blanc 400 ml (formol 10% incolore)	
Seau 3L (formol 10% incolore)	
Seau 5L (formol 10% incolore)	
CYTOLOGIES	
Flacon 60 ml (avec fixateur alcoolique incolore) (F18)	
Flacon 150 ml (avec fixateur alcoolique bleuté) (F30)	
Flacon 60 ml (vide sans fixateur) – Pour LCR uniquement –	
SACHETS	
Sachet de transport (sachet individuel)	
FICHES DE DEMANDE D'EXAMEN	
Demande d'examen HISTOLOGIE	
Demande d'examen CYTOLOGIE (Hors FCU et urines)	
Demande d'examen CYTOLOGIE URINAIRE	
TRACABILITE DES RAMASSAGES DES PRELEVEMENTS	
Cahier transmission Inopath	
AUTRES (à préciser)	

Demande effectuée par : Fonction : Date : / /

- Réserve laboratoire -		
Demande reçue le :	Envoyée le :	Par :