

BON DE COMMANDE : Matériel hors gynécologie

PRESCRIPTEUR / SERVICE : _____

MATERIEL	QUANTITE SOUHAITEE
HISTOLOGIES	
Flacon 20 ml (avec formol 10% rosé)	
Flacon 60 ml (avec formol 10% rosé)	
Flacon 150 ml (avec formol 10% rosé)	
Seau 1L (formol 10% incolore)	
Seau 2L (formol 10% incolore)	
Seau 3L (formol 10% incolore)	
CYTOLOGIES	
Flacon 60 ml (avec fixateur alcoolique incolore)	
Flacon BD Surepath (ponction thyroïde et sein)	
SACHETS	
Sachet de transport (sachet individuel)	
FICHES DE DEMANDE D'EXAMEN	
Demande d'examen HISTOLOGIE	
Demande d'examen CYTOLOGIE non gynécologique	
AUTRES (à préciser)	

Demande effectuée par : Fonction : Date : / /



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