

DEMANDE de DOSAGE : Anticorps ANTI-ERYTHROPOIETINE

IDENTITE DU PATIENT (étiquette)

Nom
Prénom
DDN
Sexe

PRELEVEUR

Nom
Date de prélèvement : ____ / ____ / ____
Heure de prélèvement : ____ h ____

ECHANTILLON

Prélèvement : **1 tube sec (5 ou 10 ml)**

Transport au laboratoire: température ambiante

Envoi des échantillons : -20°C

DEMANDEUR

Nom du Prescripteur

Service : _____

Tel : _____

Fax : _____

Renseignements cliniques

> Type d'EPO

> Histoire clinique

Adresse d'envoi des échantillons

Service du Professeur N. Casadevall

Unité de Collecte et de Réception des Echantillons (UCORE) du pole biologie-imagerie

Batiment Robert André, Entresol

Hôpital Saint-Antoine

34, rue Crozatier

75012 PARIS

Ouvert du Lundi au Jeudi (8h00-16h30) – Vendredi et veille de férié (8h00-15h00)

Tel : 0149284093

LABORATOIRE expéditeur

Laboratoire de biologie CH DAX

Bd Yves du Manoir 40100 Dax

Tel 05 58 91 48 33

Fax 05 58 91 48 24

Biologiste responsable

Dr LE PLUART Bruno

05 58 35 67 75

lepluartb@ch-dax.fr

Remplissage des zones grisées OBLIGATOIRE