

* Mentions légales à fournir

UF (*) Lieu de prélèvement

Établissement

Libellé Service

Prescripteur (nom et prénom) (*)

Préleveur (nom et prénom) (*)

Téléphone

Copie à (UF)

Identification du patient

Nom **STÉRILITÉ**
Prénom **CHU-HYG**

Etiquette patient

zone réservée à la biologie

Date de prélèvement (*) / /

Heure de prélèvement (*) h

CONTRÔLE DE STÉRILITÉ

NATURE DES PRÉLÈVEMENTS	INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES		
SP3 ☐ 1		Recherche d'ENDOTOXINE (4885) ☐	(4884)
Collyre ☐ 2			(4882)
Nitrate d'argent ☐ 3			(4883)
Alimentation parentérale ☐ 4			(4881)
Autre prélèvement ☐ 5	Préciser sa nature : Recherche spécifique de micro-organismes	 	(4880)