*(s.v.p. ne pas remplir – espace réservé au code à barres)*

# FORMULAIRE D'IDENTIFICATION

*Ce formulaire doit être dûment rempli et envoyé au laboratoire avec le prélèvement sanguin*

***S.v.p. Collez une étiquette au code à barres sur ce formulaire, la seconde servira à l'identification de la pochette sanguine.***

## *ENFANT*

Nom:

Prénom:

Date et heure de naissance: heure

Sexe: M / F

Genre de naissance: par voie vaginale / par césarienne

## *MERE*

Nom:

Prénom:

Adresse:

Code postal: Lieu:

N°. de tél.:

## *PERE*

Nom:

Prénom:

## *PRELEVEMENT PAR MEDECIN / SAGE-FEMME:*

Nom:

Email:

***TIMBRE:***

Date:

Signature: _____

*932-4 05072005*
*041-4 05072005*
*741-4 05072005*