(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