

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES ATTIA



LABORATOIRE ATTIA

Avenue HABIB BOURGUIBA 5100-MAHDIA

TEL : 73.681.554

FAX : 73.681.921

GSM : 97.350.514

MAIL : labattiamhamed@gmail.com

DEMANDE D'ANALYSES MÉDICALES

LABORATOIRE TRANSMETTEUR :

DATE :/...../.....

PATIENT

Nom :

Prénom :

Sexe : M ☐ F ☐

Date de naissance :/...../.....

RENSEIGNEMENTS

Date de prélèvement :/...../.....

Renseignements cliniques :

.....
.....

NATURE DU PRELEVEMENT

SERUM

PLASMA

☐ Héparinate de Lithium

☐ Citrate de Sodium

☐ EDTA

☐ Fluorure de Sodium

SANG TOTAL

URINE (diurèse :))

LCR

AUTRE

.....

ANALYSE DEMANDEES

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

SIGNATURE ET CACHET